



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ κ. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΝΙΑΚΑΣ

**«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ»**

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΠΕΛΕΤΣΙΩΤΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ, 2021

Ημερομηνία αρχικής αιτήσεως: 24/12/2016

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 29/11/2016

Μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Νιάκας Δημήτριος, Καθηγητής Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης
Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ (Επιβλέπων)

Σφηκάκης Πέτρος, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ράικου Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης
Πανεπιστημίου Πειραιώς

Ημερομηνία ορισμού του θέματος: 03/04/2017

Ημερομηνία κατάθεσης Α΄ προόδου διδακτορικής διατριβής: 15/12/2017

Ημερομηνία κατάθεσης Β΄ προόδου διδακτορικής διατριβής: 13/03/2019

Ημερομηνία κατάθεσης Γ΄ προόδου διδακτορικής διατριβής: 06/03/2020

Ημερομηνία καταθέσεως της διδακτορικής διατριβής: 11/01/2021

Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

Δημήτρης Νιάκας, Καθηγητής

Πέτρος Σφηκάκης, Καθηγητής

Ανδρέας Καραμπίνης, Καθηγητής

Ιωάννης Μπολέτης, Καθηγητής

Γεράσιμος Σιάσος, Καθηγητής

Κωνσταντίνος Μακρυλάκης, Καθηγητής

Μαρία Ράικου, Αναπλ. Καθηγήτρια

Ημερομηνία δημόσιας υποστήριξης της διδακτορικής διατριβής: 10/02/2021

Βαθμός: Άριστα (ομόφωνα)

ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωὔτεου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μαθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρῆσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδίκῃ εἴρξῃν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνων δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἦ ἴδω, ἦ ἀκούσω, ἦ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

Αφιερώνεται

Στη μητέρα μου Ευθαλία

Στον παππού μου Απόστολο

Στη γιαγιά μου Ισμήνη

Για την αγάπη τους και την ηθική και έμπρακτη στήριξή τους

Στα αδέρφια μου Ισμήνη και Ηλία

Στα ανίψια μου Νικόλα και μπέμπα

Για την ενθάρρυνση και τη δύναμη που μου προσφέρουν

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας Διδακτορικής Διατριβής ξεκίνησε στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και ολοκληρώθηκε στο «Εργαστήριο Οικονομικών της Υγείας» του Τομέα της Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κου Δημήτρη Νιάκα.

Με το πέρας της διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή κο Δημήτρη Νιάκα, για την εμπιστοσύνη, την πολύτιμη καθοδήγηση, τις ευκαιρίες που μου πρόσφερε στους τομείς της διδασκαλίας και της έρευνας, το σεβασμό που επέδειξε στις ερευνητικές επιλογές μου, την ελευθερία που μου παρείχε και τη διακριτική επίβλεψή του.

Επίσης, ευχαριστώ βαθύτατα τον Καθηγητή και Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κο Πέτρο Σφηκάκη και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Πειραιώς κα Μαρία Ράικου για την ουσιαστική συμβολή τους στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή, την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπό μου και τη γόνιμη συνεργασία. Ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω και στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής και συγκεκριμένα στους Καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ.κ. Ανδρέα Καραμπίνη, Ιωάννη Μπολέτη, Γεράσιμο Σιάσο και Κωνσταντίνο Μακρυλάκη, για την τιμή που μου έκαναν να συμμετέχουν στην κρίση της διατριβής και την εποικοδομητική συνεισφορά τους.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον Δρα Άγγελο Παπαδόπουλο, για τη συμβολή του στη σύλληψη της κεντρικής ιδέας του παρόντος πονήματος και στην ανάπτυξη των ερευνητικών μου ενδιαφερόντων.

Τέλος, ως ελάχιστη ένδειξη ευγνωμοσύνης, ευχαριστώ την οικογένειά μου, στην οποία και αφιερώνω όλη αυτή την προσπάθεια, για τη διαρκή στήριξη, την αγάπη και την υπομονή τους και ιδιαίτερος τη μητέρα μου, με την ελπίδα να καταφέρω να της μοιάσω.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Συνοπτικό βιογραφικό σημείωμα	9
Συντομογραφίες	13
Κατάλογος εικόνων	14
Κατάλογος πινάκων	17
Γενικό μέρος	19
1. Εισαγωγή	20
1.1. Ορισμοί για την κρίση	20
1.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις των υγειονομικών επιδράσεων της οικονομικής κρίσης	23
1.2.1. Η αναγκαιότητα των θεωρητικών μοντέλων και ο ρόλος των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας	23
1.2.2. Τα θεωρητικά μοντέλα για την επίδραση της κρίσης	25
2. Η κρίση του 2008: αίτια, απόκριση και επιπτώσεις	43
2.1. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη	45
2.2. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	47
2.2.1. Εισαγωγή για την κρίση στην Ελλάδα	47
2.2.2. Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	50
2.2.3. Η απάντηση στην κρίση-Τα προγράμματα διάσωσης	51
2.3. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	55
2.3.1. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στον κοινωνικό τομέα και στα κοινωνικά φαινόμενα στην Ελλάδα	55
2.3.2. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας στην Ελλάδα	59
3. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας της Ελλάδας με δείκτες	66
3.1. Ο αντίκτυπος στο επίπεδο υγείας	67
3.2. Ο αντίκτυπος στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές	78
3.3. Ο αντίκτυπος στη χρηματοδότηση και τις δαπάνες υγείας	79
3.4. Ο αντίκτυπος σε επίπεδο παραγωγικών συντελεστών	84
3.4.1. Ο αντίκτυπος στους ανθρώπινους πόρους του συστήματος υγείας	84
3.4.2. Ο αντίκτυπος στους υπόλοιπους πόρους του συστήματος υγείας	88
3.5. Ο αντίκτυπος στη χρήση των υπηρεσιών υγείας	92

Ειδικό μέρος	94
1. Σκοπός	95
2. Υλικό και μέθοδοι	95
2.1. Στοιχεία μεθοδολογίας	96
2.1.1. Έρευνες για την ΣΥΠΖ	96
2.1.2. Εθνικές Έρευνες Υγείας	99
2.2. Μεταβλητές	101
2.2.1. Θεωρητικό πλαίσιο και ανεξάρτητες μεταβλητές	102
2.3. Στατιστική ανάλυση	107
3. Αποτελέσματα	109
3.1. ΣΥΠΖ στον πληθυσμό της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας	109
3.1.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων-Περιγραφική στατιστική	109
3.1.2. Επαγωγική στατιστική	112
3.1.2.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	117
3.2. Επίπεδο υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της επικράτειας -Εθνικές Έρευνες Υγείας	119
3.2.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων-Περιγραφική στατιστική	119
3.2.2. Επαγωγική στατιστική	125
3.2.2.1. Αναλύσεις παλινδρόμησης	128
4. Συζήτηση	141
4.1. Συζήτηση των ευρημάτων για τη ΣΥΠΖ	141
4.1.1. Περιορισμοί της μελέτης της ΣΥΠΖ	144
4.2. Συζήτηση των ευρημάτων των εθνικών ερευνών υγείας για το επίπεδο υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	145
4.2.1. Συζήτηση των ευρημάτων των εθνικών ερευνών υγείας για το επίπεδο υγείας των κατοίκων της Ελλάδας	145
4.2.2. Συζήτηση των ευρημάτων των εθνικών ερευνών υγείας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	150
4.2.3. Περιορισμοί της μελέτης σύγκρισης των εθνικών ερευνών υγείας	155
5. Συμπεράσματα – Προτάσεις	156
Περίληψη	159
Abstract	161
Βιβλιογραφία	162

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Προσωπικά στοιχεία

Όνοματεπώνυμο: Χρυσούλα Μπελετσιώτη
Ημερομηνία γέννησης: 05/10/1979
Τόπος Γέννησης: Αθήνα

Εκπαίδευση

30/11/2016 Έναρξη εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στα Οικονομικά της Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ.
2014 Μεταπτυχιακό στη "Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Ε.Σ.Υ." με βαθμό Άριστα (8,52), ΕΑΠ.
2010 Πτυχίο Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων με βαθμό Λίαν Καλώς (8,23), Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
2006 Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην "Κλινική Νοσηλευτική" με κατεύθυνση "Έντατική και Επείγουσα Νοσηλευτική" με βαθμό Άριστα (9,47-πρωτεύσασα), Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.
2002 Πτυχίο Νοσηλευτικής με βαθμό Άριστα (9,04-πρωτεύσασα), ΕΚΠΑ.

Επαγγελματική εμπειρία

09/02/2018– Σε άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής
Σήμερα Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων».
11/05/2015– Επιστημονική Σύμβουλος Διοίκησης στην Κεντρική Υπηρεσία της 1ης ΥΠΕ
31/01/2018 Αττικής σε θέματα Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
23/11/2005– Νοσηλεύτρια & Κλινική Εκπαιδεύτρια στο Πανεπιστημιακό Γενικό
10/05/2015 Νοσοκομείο «Αττικών».
02/12/2002– Νοσηλεύτρια στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.
10/03/2006

Ερευνητικό-συγγραφικό έργο

Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με κριτές

- 1) Health services utilisation and its determinants in the context of recession: evidence from Greece. Journal of Public Health 2020, doi: 10.1093/pubmed/fdaa200.

- 2) Increased body mass index and hypertension: An unbreakable bond. International Journal of Preventive Medicine 2020, doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_218_18.
- 3) Health-related quality of life in adult population before and after the onset of financial crisis: the case of Athens, Greece. Quality of Life Research 2019, <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02281-y>.
- 4) Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και τη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(5):686-697.
- 5) Κιρσοί κάτω άκρων και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μετα-ανάλυση σύγκρισης επεμβατικών θεραπειών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2016, 33(2):263-273.

Λοιπό συγγραφικό έργο

«Κεφ. 8: Αποτίμηση λειτουργίας και αποδοτικότητας νοσοκομείων και δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» και «Κεφ. 9: Έρευνα Υγείας» στον τόμο της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής «Παρουσίαση Έργου 2015-2016, 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής», Εκδ. 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, Αθήνα, Μάρτιος 2017, σελ. 43-76 [ISBN: 978-618-83182-0-5].

Ανακοινώσεις σε συνέδρια με κριτές

- 1) Η χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Αναρτημένη ανακοίνωση στο 46ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 19-20/06/2020.
- 2) Long term outcome and quality of life following acute type A aortic dissection. Poster P5598, European Society of Cardiology Congress, Paris, 03/09/2019.
- 3) Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αθήνας πριν από και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Προφορική ανακοίνωση στο 45ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 18/05/2019.

Λοιπές ανακοινώσεις

«Γηράσκω αεί διδασκόμενος...». Ημερίδα: ΑΚΕΣΩ 2 Εκπόνηση τεύχους διαδικασιών για την ανάπτυξη, οργάνωση και αξιολόγηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας - εκπαίδευση νοσηλευτών στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας και ανακουφιστικής φροντίδας στην Κοινότητα, Αθήνα, 22/06/2015.

Διδακτική εμπειρία

- 1) Τμήμα Ιατρικής ΕΚΠΑ, ΠΜΣ "Επεμβατική Ακτινολογία". 6 ώρες Οικονομικά της Υγείας (2 ώρες στις 12/06/2018, 2 ώρες στις 04/06/2019 και 2 ώρες σύγχρονης εξ αποστάσεως διδασκαλίας στις 03/06/2020).

- 2) Τμήμα Ιατρικής ΕΚΠΑ 5 ώρες Οικονομικά της Υγείας (4 ώρες σε φοιτητές του 3ου, 4ου, 5ου και 6ου έτους στις 19/02/2020 και 04/03/2020 και 1 ώρα σε φοιτητές του 6ου έτους στις 23/02/2018). Συμμετοχή στη διαμόρφωση του εκπαιδευτικού υλικού και του υλικού αξιολόγησης των προπτυχιακών φοιτητών για το ακαδ. έτος 2019-2020.
- 3) Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, κλινική άσκηση φοιτητών 5ου εξαμήνου στην Παθολογική Νοσηλευτική, 126 ώρες, ακαδ. έτος 2002-2003.

Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση

- 1) Δ.Ι.Ε.Κ. ΙΝΕΔΙΒΙΜ 749 ώρες διδασκαλίας για τα έτη 2015-2020.
- 2) Ι.Ι.Ε.Κ. 135 ώρες διδασκαλίας στο Ι.Ι.Ε.Κ. AMERICAN και 576 στο Ι.Ι.Ε.Κ. ΟΜΗΡΟΣ από το 2016 μέχρι και το 2020.

Λοιπό επιστημονικό έργο

- 1) Κριτής 4 εργασιών σε 2 επιστημονικά περιοδικά (Alexandria Journal of Medicine, Open Journal of Nursing).
- 2) Μέλος ερευνητικής ομάδας με έργο τη μελέτη της Επίδρασης της Οικονομικής Κρίσης στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, την Κατάσταση Υγείας και τη Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας του Πληθυσμού του Λεκανοπεδίου Αττικής (2016-2017).

Πιστοποιήσεις

- | | |
|------|--|
| 2019 | Πιστοποιημένη στην «Βασική Υποστήριξη της Ζωής» από την Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (σε ισχύ έως τις 10/04/2022). |
| 2018 | Postgraduate Diploma in E-Learning and Blended Learning, NCFE (Northern Council for Further Education). |
| 2017 | Πιστοποίηση Εκπαιδευτικής Επάρκειας Εκπαιδευτών Ενηλίκων της Μη Τυπικής Εκπαίδευσης με κωδικό πιστοποίησης EB 32761 (σε ισχύ έως τις 16/3/2027). |

Διακρίσεις

- | | |
|------|--|
| 2015 | Επιλογή από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ για συμμετοχή σε μετεκπαιδευτικό σεμινάριο στο Λονδίνο ("The principles & practices of palliative care nursing", St Christopher' s Hospice, 3-5/6/2015) κατόπιν παρακολούθησης σεμιναρίου και επιτυχούς εξέτασης με διακεκριμένη επίδοση (90%). |
|------|--|

- 2006 Πρωτεύσασα και αριστεύσασα μεταξύ των αποφοίτων του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ «Κλινική Νοσηλευτική με κατεύθυνση Εντατική και Επείγουσα Νοσηλευτική».
- 2002 Πρωτεύσασα και αριστεύσασα μεταξύ των πτυχιούχων του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ με βραβεία από το Ι.Κ.Υ. για τα ακαδ. έτη 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002.
- 1996 Πρώτη Έφηβος Βουλευτής του Ν. Μαγνησίας στην Α΄ Σύνοδο της Βουλής των Εφήβων κατόπιν διακεκριμένης επίδοσης σε γραπτή εργασία (πρώτο σε κατάταξη δοκίμιο στο Ν. Μαγνησίας).

Επιμορφώσεις

- 1) Παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης σε θέματα διοίκησης υπηρεσιών υγείας συνολικής διάρκειας 350 ωρών.
- 2) Παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης στην εκπαίδευση ενηλίκων, την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση και τη μεικτή μάθηση και τηλεεκπαίδευση, συνολικής διάρκειας 1700 ωρών.
- 3) Παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης στη χρήση του SPSS στις κοινωνικές επιστήμες συνολικής διάρκειας 240 ωρών.
- 4) Παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης κλινικής θεματολογίας συνολικής διάρκειας 294 ωρών.

Λοιπές δεξιότητες

- 1) Certificate of Proficiency in English, University of Michigan, 2002.
- 2) Βεβαίωση γνώσης χειρισμού υπολογιστών από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2010.
- 3) Γνώση SPSS, AMOS, Comprehensive Meta-analysis, RevMan.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

BP	Bodily Pain
CI	Confidence Interval
EHIS	European Health Interview Survey
GH	General Health
IRR	Incidence Rate Ratio
MCS	Mental Component Summary Score
MH	Mental Health
NBR	Negative Binomial Regression
OR	Odds Ratio
PCS	Physical Component Summary Score
PF	Physical Functioning
RE	Role Emotional
RP	Role Physical
SF	Social Functioning
SF-36	Short Form 36
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VT	Vitality
ZINBR	Zero Inflated Negative Binomial Regression
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΤΕ	Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος
ΟΕΜ	Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
ΟΝΕ	Οικονομική Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΛΥ	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
ΤΑ	Τυπική Απόκλιση
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

	Σελ.
Εικόνα 1. Το εννοιολογικό πλαίσιο της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας και τις επιδράσεις τους στις υγειονομικές ανισότητες	24
Εικόνα 2. Το μοντέλο των Ruckert και Labonté του 2012 για τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης	25
Εικόνα 3. Το μοντέλο των Ruckert και Labonté του 2014 για τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης	26
Εικόνα 4. Το μοντέλο των Baumbach & Gulis για τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης	27
Εικόνα 5. Το μοντέλο του Κεντικελένη για τον αντίκτυπο των προγραμμάτων δημοσιονομικής και διαρθρωτικής προσαρμογής	28
Εικόνα 6. Το μοντέλο των Hou και συν. για την επίδραση της ύφεσης στο σύστημα υγείας και το επίπεδο υγείας	33
Εικόνα 7. Το μοντέλο των Andrietta και συν. για την επίδραση της ύφεσης και της λιτότητας στο σύστημα υγείας και τις επιδόσεις του	36
Εικόνα 8. Το μοντέλο των Paes-Sousa και συν. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης και της λιτότητας στην υγεία σε επίπεδο κοινωνίας και σε επίπεδο νοικοκυριού ή ατόμου	38
Εικόνα 9. Το μοντέλο των Jesus και συν. για την επίδραση της ύφεσης στους ανθρώπινους πόρους των συστημάτων υγείας	40
Εικόνα 10. Το μοντέλο των Brinkman και συν. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση θρέψης του ατόμου στις αναπτυσσόμενες χώρες	41
Εικόνα 11. Το μοντέλο των Rasella και συν. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα	42
Εικόνα 12. Η τριπλή κρίση στην Ευρωζώνη	51
Εικόνα 13. Το χρονικό της οικονομικής κρίσης	53
Εικόνα 14. Εξέλιξη γάμων και διαζυγίων από το 1970 έως το 2017	59
Εικόνα 15. Η εξέλιξη της δαπάνης για φάρμακα και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα υλικά	61

Εικόνα 16. Η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση για άνδρες, γυναίκες και για το σύνολο	68
Εικόνα 17. Η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών για άνδρες και γυναίκες	69
Εικόνα 18. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από όλα τα αίτια	70
Εικόνα 19. Η εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας	70
Εικόνα 20. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα σε άνδρες, γυναίκες και συνολικά	71
Εικόνα 21. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από αυτοκτονία σε άνδρες, γυναίκες και συνολικά	72
Εικόνα 22. Η εξέλιξη του δείκτη «δυσνητικά χαμένα χρόνια ζωής» για άνδρες και γυναίκες 0-69 ετών	73
Εικόνα 23. Η εξέλιξη του ποσοστού των ανδρών, των γυναικών και του συνόλου ηλικίας άνω των 15 ετών με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας	74
Εικόνα 24. Η εξέλιξη του ποσοστού των ανδρών, των γυναικών και του συνόλου ηλικίας άνω των 65 ετών με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας	75
Εικόνα 25. Η εξέλιξη του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 15 ετών του κατώτερου και του ανώτερου εισοδηματικού πεμπτημορίου με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας	76
Εικόνα 26. Η εξέλιξη του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 15 ετών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας	77
Εικόνα 27. Η εξέλιξη της ετήσιας κατανάλωσης αλκοόλ και της ημερήσιας κατανάλωσης (προμήθειας) λίπους κατά κεφαλή	78
Εικόνα 28. Η εξέλιξη της χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας	80
Εικόνα 29. Η εξέλιξη των δαπανών ανά υγειονομική δραστηριότητα.	83
Εικόνα 30. Η εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού ανά 1000 κατοίκους	85
Εικόνα 31. Η εξέλιξη των βασικών δεικτών στελέχωσης του νοσοκομειακού τομέα	87
Εικόνα 32. Η εξέλιξη της αναλογίας των νοσοκομείων με βάση το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς	89
Εικόνα 33. Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών συνολικά και κατά είδος/λειτουργία	89

Εικόνα 34. Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών ανά κατηγορία ιδιοκτησιακού καθεστώτος	90
Εικόνα 35. Η εξέλιξη του αριθμού των αξονικών και των μαγνητικών τομογράφων	91
Εικόνα 36. Η εξέλιξη της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και του αριθμού των εξιτηρίων ανά 100.000 κατοίκους	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ.
Πίνακας 1. Εξέλιξη των κυριότερων δεικτών του κοινωνικοοικονομικού και υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα	49
Πίνακας 2. Εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης για φάρμακα και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου (και στην Ιρλανδία).	62
Πίνακας 3. Η εξέλιξη των θανάτων από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα στην Ελλάδα	65
Πίνακας 4. Σύγκριση των δειγμάτων των ερευνών υγείας και των πληθυσμών των ενηλίκων των χρονικά εγγύτερων απογραφών της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας	96
Πίνακας 5. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων για τη διερεύνηση της ΣΥΠΖ (2003 και 2016)	111
Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία των οκτώ διαστάσεων και των δύο συνοπτικών κλιμάκων και σύγκριση των βαθμολογιών των δύο ετών	113
Πίνακας 7. PCS και MCS στις επιμέρους δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές υποομάδες ανά έτος έρευνας και σύγκριση των προ κρίσης και κατά την κρίση βαθμολογιών τους	114
Πίνακας 8. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για την PCS και την MCS	118
Πίνακας 9. Χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων για τη διερεύνηση του επιπέδου υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (2009 και 2014)	121
Πίνακας 10. Σύγκριση των συμμετεχόντων των δύο εθνικών ερευνών ως προς τις μελετώμενες εξαρτημένες μεταβλητές της κατάστασης υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.	126
Πίνακας 11. Ad hoc χ^2 τεστ ανά ζεύγη για τη σύγκριση των δύο ερευνών ως προς τα ποσοστά των συμμετεχόντων ανά κατηγορία της μεταβλητής «αριθμός χρονίων νοσημάτων»	127
Πίνακας 12. Μοντέλα παλινδρόμησης για το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας και την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα	129
Πίνακας 13. Μοντέλα παλινδρόμησης για τις επισκέψεις σε γενικούς/παθολόγους ιατρούς και σε «ειδικούς» ιατρούς.	132

Πίνακας 14. Μοντέλο παλινδρόμησης για τις νύχτες για τις οποίες νοσηλεύτηκε κάποιος στο νοσοκομείο	136
Πίνακας 15. Μοντέλο παλινδρόμησης για το πλήθος των εισαγωγών στο νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας	139

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Η παγκόσμια κρίση του 2008 αποτέλεσε το έναυσμα για την παρατεταμένη και βαθιά ύφεση με την οποία ήρθε αντιμέτωπη η χώρα μας την τελευταία δεκαετία. Οι επιπτώσεις της κρίσης άγγιξαν όλο το φάσμα της δημόσιας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής πολιτικής. Οι υγειονομικές προεκτάσεις των πολιτικών απόκρισης στην κρίση, τις οποίες στην παρούσα συγκυρία της υγειονομικής κρίσης βιώνουμε με δραματικό τρόπο, αφορούν αφενός το σύστημα υγείας, αφετέρου τα άτομα ως σύνολο ή μεμονωμένα. Μάλιστα, σε γενικές γραμμές, τόσο οι επιδράσεις, όσο και οι πολιτικές-μηχανισμοί απόκρισης στην κρίση, σύμφωνα με τη θεωρία των οικονομικών κύκλων, διακρίνονται σε προκυκλικές, αντικυκλικές και ακυκλικές, ανάλογα με την κατεύθυνση που ακολουθούν σε σχέση με την οικονομική δραστηριότητα. Έτσι, η προκυκλική προσέγγιση αφορά μεταβλητές που μειώνονται στη φάση της κάμψης της οικονομικής δραστηριότητας, η αντικυκλική προσέγγιση αφορά μεταβλητές που αυξάνονται, καθώς η οικονομία συρρικνώνεται, και η ακυκλική αναφέρεται σε μεταβλητές που ακολουθούν ένα πρότυπο συμπεριφοράς ανεξάρτητο των φάσεων του οικονομικού κύκλου.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση του υγειονομικού αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και ο συγκεκριμένος προβληματισμός προσεγγίζεται μέσα από τη μελέτη των επιδράσεων στο επίπεδο υγείας και στο σύστημα υγείας. Αναλυτικότερα, στο θεωρητικό-γενικό μέρος εξετάζονται:

- το θεωρητικό πλαίσιο των υγειονομικών επιδράσεων των οικονομικών κρίσεων στην υγεία στην πρώτη ενότητα
- τα αίτια, οι πολιτικές απάντησης-προσαρμογής στην κρίση και οι επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας και στο σύστημα υγείας στη δεύτερη ενότητα και
- οι επιπτώσεις της κρίσης μέσα από την παρουσίαση της εξέλιξης των σχετικών με την υγεία δεικτών στην τρίτη ενότητα.

Στο ειδικό-εμπειρικό μέρος της διατριβής διερευνώνται οι τάσεις μεγεθών σχετιζόμενων με το επίπεδο υγείας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας και οι προσδιοριστές τους, προκειμένου να προσδιοριστούν ενδεχόμενες μεταβολές και να αναδειχθούν οι παράγοντες, που θα μπορούσαν με στοχευμένες πολιτικές να αξιοποιηθούν για την άμβλυνση των δυσμενών επιδράσεων.

1.1. Ορισμοί για την κρίση

Ως κρίση ορίζεται η κατάσταση αιφνίδιας και απρόσμενης διαταραχής της ομαλής λειτουργίας

ενός συστήματος.¹ Όταν η αναταραχή αυτή αφορά την οικονομική ζωή, το φαινόμενο ορίζεται ως οικονομική κρίση. Εναλλακτικά, θα μπορούσε να οριστεί ως οικονομική κρίση το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας, που εκδηλώνεται κυρίως με μείωση της επενδυτικής δραστηριότητας συμπερασύροντας όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη, όπως το εθνικό προϊόν, την απασχόληση κ.λπ. Αυτοί οι απλοϊκοί ορισμοί αποτελούν μία μονοδιάστατη προσέγγιση, καθώς οι οικονομικές κρίσεις χαρακτηρίζονται από σημαντική μορφολογική ποικιλία, είναι πολύπλοκες και πολυδιάστατες, έχουν εμφανείς ή λανθάνουσες επιπτώσεις σε όλες της εκφάνσεις της ζωής και σε εξωστρεφείς οικονομίες είναι αυξημένη η αγωγιμότητα και η ταχύτητα μετάδοσής τους και κατ' επέκταση οι οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές προεκτάσεις τους. Συνεπώς, η κατανόηση των κρίσεων απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, που ωστόσο, υπερβαίνει τους σκοπούς του παρόντος πονήματος και για αυτό η εννοιολογική προσέγγισή τους θα περιοριστεί στο ανωτέρω πλαίσιο.¹

Εκτός από τους ποικίλους ορισμούς για την κρίση, που εξειδικεύονται ανάλογα με το αίτιό της, έχουν αναπτυχθεί και διάφορες τυπολογίες κατηγοριοποίησης των ειδών κρίσης και μία ιδιαίτερα περιεκτική για τις ταξινομήσεις και τους ορισμούς των κρίσεων ανασκόπηση είναι αυτή των Bordo & Meissner.² Στη συνέχεια συνοψίζονται οι συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες τυπολογίες οικονομικών κρίσεων.

Μία τυπολογία με ευρεία επιρροή για τα είδη των κρίσεων είναι αυτή των Reinhart και Rogoff και περιγράφει τους παρακάτω πέντε βασικούς τύπους οικονομικών κρίσεων με βάση τη γενεσιουργό αιτία:³

- 1) Τραπεζικές κρίσεις (banking crises), συνήθως σχετίζονται με αδυναμία εκ μέρους των τραπεζών για αποπλήρωση των καταθετών, λόγω μαζικής απόσυρσης των καταθέσεων.
- 2) Συναλλαγματικές κρίσεις (currency crises), σχετίζονται με την απότομη και μεγάλη μείωση της αξίας της συναλλαγματικής ισοτιμίας ενός νομίσματος.
- 3) Κρίσεις πληθωρισμού (inflation crises), σχετίζονται με τον υπερπληθωρισμό, που συνήθως δημιουργείται από την αύξηση της προσφοράς του χρήματος –για παράδειγμα με την κοπή νέου νομίσματος για τη χρηματοδότηση δημοσιονομικών ελλειμμάτων.
- 4) Κρίσεις εξωτερικού χρέους (external debt crises), που ορίζονται ως αδυναμία αποπληρωμής του χρέους μίας χώρας σε ξένους επενδυτές, το οποίο έχει εκδοθεί με βάση το νομικό καθεστώς άλλης χώρας.
- 5) Κρίσεις εσωτερικού χρέους (domestic debt crises), που ορίζονται ως αδυναμία

αποπληρωμής του χρέους μιας χώρας σε εγχώριους επενδυτές, το οποίο έχει εκδοθεί με βάση το δικό της νομικό καθεστώς.

Επίσης, μία άλλη γενικότερη ταξινόμηση των οικονομικών κρίσεων τις κατατάσσει σε:

- 1) Υφεσιακές κρίσεις
- 2) Πληθωριστικές κρίσεις
- 3) Διαρθρωτικές κρίσεις και σχετιζόμενες με «φούσκες» στις αγορές των αγαθών
- 4) Κρίσεις δημοσίου χρέους
- 5) Συναλλαγματικές κρίσεις
- 6) Χρηματοπιστωτικές κρίσεις, που περιλαμβάνουν τις τραπεζικές και τις χρηματιστηριακές κρίσεις,

και τις ιδιαίτερες πτυχές αυτών των τύπων κρίσης παρουσιάζουν οι Κότιος και Παυλίδης στο εγχειρίδιό τους για τις Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις.¹

Ακόμα, αξίζει να διευκρινιστεί ότι οι ευρέως χρησιμοποιούμενοι όροι "economic" και "financial" ως προσδιορισμοί των κρίσεων, διαφέρουν εννοιολογικά και συγκεκριμένα ο δεύτερος όρος υπαινίσσεται τις χρηματοοικονομικές κρίσεις, δηλαδή τις τραπεζικές κρίσεις, τις συναλλαγματικές κρίσεις και τις κρίσεις δημοσίου χρέους,⁴ ενώ ο όρος "economic" είναι ευρύτερος και αφορά όλους τους τύπους των κρίσεων της οικονομικής δραστηριότητας. Πάντως, για την παρούσα ανάλυση οι όροι «οικονομική κρίση» και «ύφεση» θα χρησιμοποιούνται εναλλάξ, μολονότι δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Για την ακρίβεια, η ύφεση αποτελεί φάση του οικονομικού κύκλου και ορίζεται ως περίοδος κατά την οποία η οικονομία αναπτύσσεται με επιβραδυνόμενο ρυθμό ή συρρικνώνεται, οπότε μιλάμε για αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης, για δύο τουλάχιστον διαδοχικά τρίμηνα.⁵ Ωστόσο, οι οικονομικές κρίσεις συνήθως συσχετίζονται με τις υφέσεις και τις τελευταίες δεκαετίες η παγκόσμια οικονομία πλήττεται όλο και συχνότερα από ιδιαίτερα βαθιές και με μεγάλη εξάπλωση υφέσεις,⁶ μεταξύ των οποίων η Κρίση Χρέους της Λατινικής Αμερικής της δεκαετίας του '80, η Ασιατική κρίση του 1997 και η Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2008.³

Μάλιστα με την υγειονομική κρίση του κορωνοϊού, στην παρούσα φάση, επικρατεί έντονη οικονομική αβεβαιότητα παγκοσμίως και ελλοχεύει ο κίνδυνος μίας νέας και εκτεταμένης οικονομικής κρίσης, που το βάθος, η διάρκεια και το εύρος της θα καθοριστούν από τα αντανεκλαστικά των κυβερνήσεων και τη δικτύωση των επιμέρους οικονομιών με τις εντονότερα πληγείσες χώρες.⁷

1.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις των υγειονομικών επιδράσεων της οικονομικής κρίσης

1.2.1. Η αναγκαιότητα των θεωρητικών μοντέλων και ο ρόλος των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας

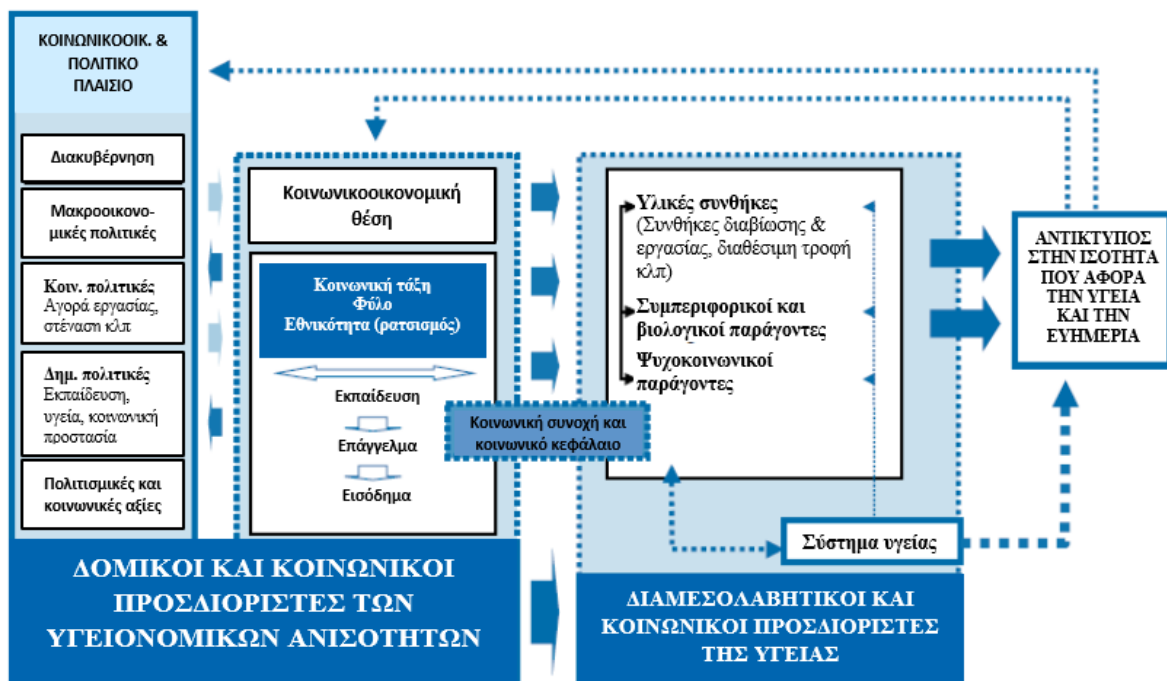
Οι οικονομικές κρίσεις έχουν πολλαπλό αντίκτυπο σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού τομέα και του τομέα υγείας ειδικότερα. Οι υγειονομικές επιπτώσεις έχουν μελετηθεί επισταμένα όχι μόνο σε εμπειρικό, αλλά και σε θεωρητικό επίπεδο, και διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις και εννοιολογικά πλαίσια έχουν αναπτυχθεί:

- 1) για να γίνουν κατανοητοί οι μηχανισμοί αλληλεπίδρασης της οικονομικής κατάστασης με το σύστημα υγείας και σε τελική ανάλυση με την υγεία του πληθυσμού, που αποτελεί θεμελιώδες αγαθό και αποστολή του συστήματος υγείας,
- 2) καθώς και για να υποστηριχθούν η εμπειρική έρευνα, που θα συμβάλει στην ερμηνεία του φαινομένου, και η λήψη αποφάσεων σε θέματα σχεδιασμού και υλοποίησης παρεμβάσεων και πολιτικών.

Ακολούθως, παρουσιάζονται επιγραμματικά διάφορα θεωρητικά πλαίσια-μοντέλα που περιγράφουν τους διαύλους σύνδεσης της οικονομικής κρίσης με την υγεία. Της σχετικής ανάλυσης όμως, αξίζει να προηγηθεί η συνοπτική παρουσίαση του γενικότερου ρόλου των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, καθώς εμπεριέχονται και μάλιστα δεσπόζουν σε όλα τα μελετώμενα θεωρητικά μοντέλα. Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι το σύνολο των μακροοικονομικών και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και προσδιορίζονται ως οι συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, αναπτύσσονται, ζουν, εργάζονται και γηράσκουν.⁸ Στους προσδιοριστές αυτούς σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) περιλαμβάνονται οι οικονομικές ρυθμίσεις, το πλαίσιο ανάπτυξης των πολιτικών, η κατανομή ισχύος μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, η ισότητα των φύλων και οι αξίες μίας κοινωνίας.⁸ Μάλιστα οι κοινωνικοί προσδιοριστές εμπίπτουν στις εξής κατηγορίες: κοινωνική διαβάθμιση (αφορά στις διαβαθμίσεις του επιπέδου υγείας ανάλογα με την κοινωνικο-οικονομική θέση), άγχος, ανάπτυξη κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, κοινωνικός αποκλεισμός, εργασία, ανεργία, κοινωνική αλληλεγγύη και δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, εξαρτήσεις-εθισμός, διατροφή και μεταφορές.⁹ Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο που πρότεινε ο ΠΟΥ και συγκεκριμένα η Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας, ως οδηγό των

δράσεων για τη διασφάλιση της ισότητας στην υγεία, οι κύριες κατηγορίες αυτών των προσδιοριστών, όπως φαίνεται και στην εικόνα 1, είναι:¹⁰

- 1) το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο, που περιλαμβάνει την αγορά εργασίας, το εκπαιδευτικό σύστημα, τους πολιτικούς θεσμούς, τις πολιτισμικές και κοινωνικές αξίες,
- 2) οι λοιποί διαρθρωτικοί προσδιοριστές, δηλαδή οι διαρθρωτικοί μηχανισμοί, που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με το πλαίσιο, δηλαδή την προηγούμενη κατηγορία, διαμορφώνουν την κοινωνικοοικονομική θέση-κατάσταση, και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, το εισόδημα, το επάγγελμα, την κοινωνική τάξη, το φύλο, την εθνικότητα/φυλή,
- 3) και οι ενδιάμεσοι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, που περιλαμβάνουν τις «υλικές» συνθήκες/προϋποθέσεις, την κοινωνική συνοχή, τους ψυχοκοινωνικούς, συμπεριφορικούς και βιολογικούς παράγοντες, και στους οποίους εντάσσονται ως ξεχωριστή υποκατηγορία οι σχετιζόμενοι με το σύστημα υγείας προσδιοριστές.



Εικόνα 1. Το εννοιολογικό πλαίσιο της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας και τις επιδράσεις τους στις υγειονομικές ανισότητες (μετάφραση από τον ΠΟΥ, 2010).¹⁰

1.2.2. Τα θεωρητικά μοντέλα για την επίδραση της κρίσης

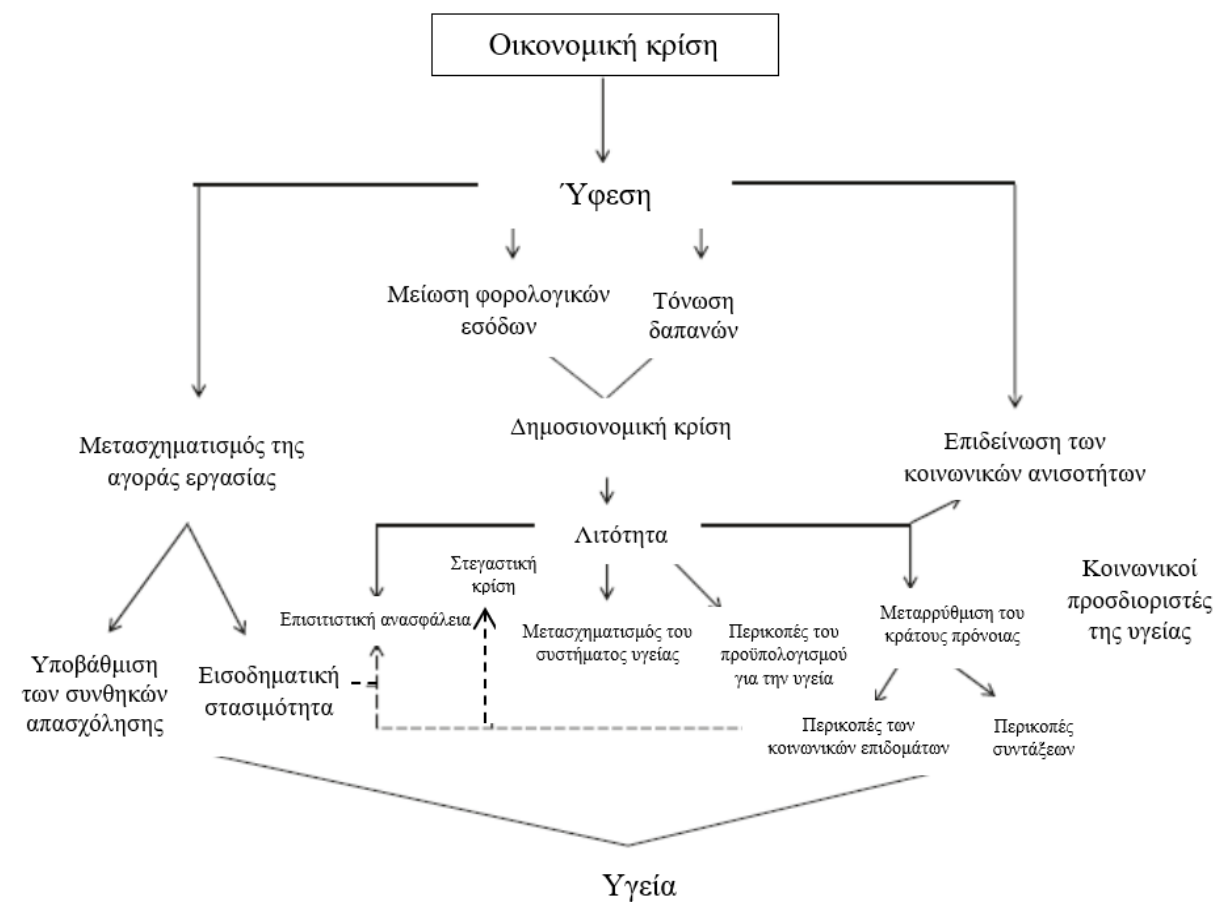
Οι Ruckert και Labonté έχουν αναπτύξει και διερευνήσει δύο θεωρητικά μοντέλα αναφορικά με τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων, τα οποία παρουσίασαν το 2012 και το 2014. Το θεωρητικό μοντέλο του 2012 (εικόνα 2) ενσωματώνει άμεσες και έμμεσες επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην ισότητα στην υγεία (health equity) και μελετά τις επιπτώσεις στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας.¹¹ Στους μηχανισμούς άμεσης επιρροής περιλαμβάνονται ο μετασχηματισμός των συστημάτων υγείας, που οδήγησε στη θέσπιση συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και στην αύξηση των ίδιων πληρωμών για φροντίδα υγείας, η συρρίκνωση των οικονομιών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και η μείωση των εσόδων από τη φορολογία, που οδήγησαν σε αύξηση της ανεργίας και περικοπές στις δαπάνες για την υγεία. Στους μηχανισμούς έμμεσης επιρροής ανήκουν οι περικοπές στη χρηματοδότηση και την ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας, οι μετασχηματισμοί στην αγορά εργασίας, το κλίμα και οι πολιτικές λιτότητας και οι περιορισμοί στην επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια από υπερεθνικούς οργανισμούς είτε ως μείωση είτε ως επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης των χρηματορροών.



Εικόνα 2. Το μοντέλο των Ruckert και Labonté του 2012 για τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης (μετάφραση από Ruckert & Labonté, 2012).¹¹

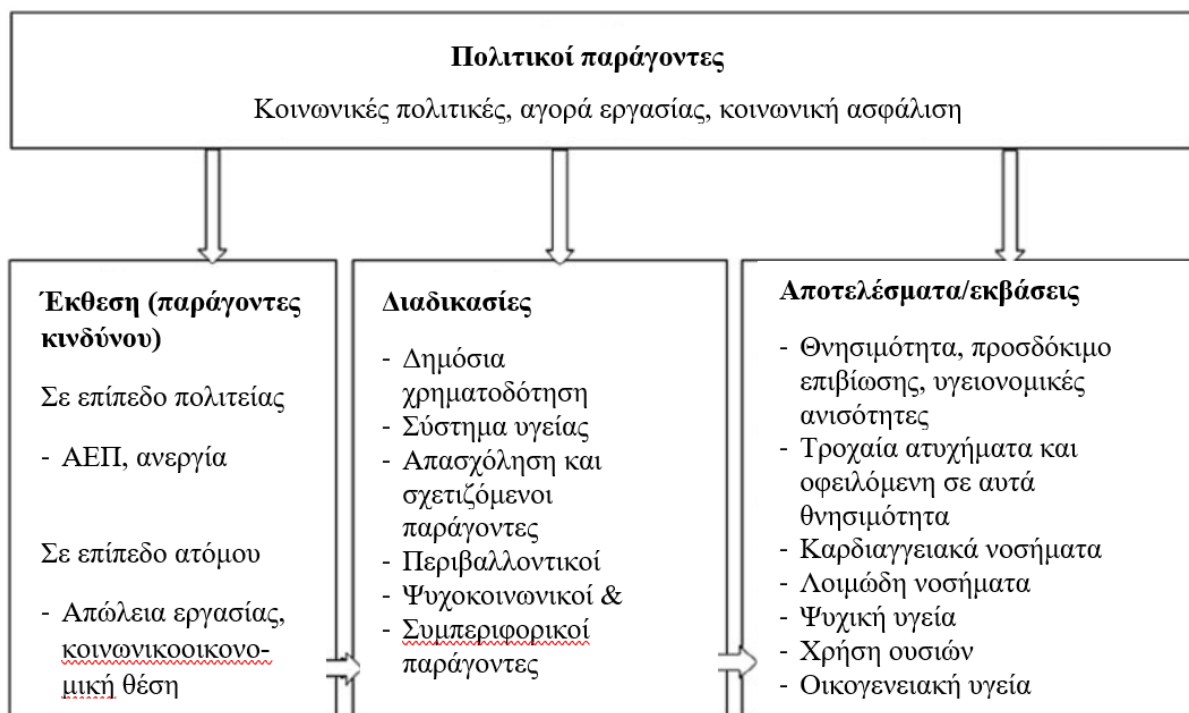
Το μοντέλο του 2014 (εικόνα 3) περιγράφει τα κανάλια σύνδεσης της χρηματοοικονομικής κρίσης με τους προσδιοριστές της υγείας και τα σχετικά με την υγεία αποτελέσματα-

εκβάσεις.¹² Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι η χρηματοοικονομική κρίση και η ύφεση επηρεάζουν την υγεία καθώς: (α) Μέσω του μετασχηματισμού της αγοράς εργασίας επηρεάζονται δυσμενώς η ποιότητα της απασχόλησης και το εισόδημα, που ως προσδιοριστές του επιπέδου υγείας επιδρούν σε αυτό άμεσα, αλλά και έμμεσα μέσω της επίδρασης στο βιοτικό επίπεδο και μακροπρόθεσμα στο προνοιακό σύστημα, πχ. με την επιρροή στο σύστημα των συντάξεων και των προνοιακών επιδομάτων. (β) Τα επιβαλλόμενα μέτρα για την τόνωση των δαπανών και η μείωση των φορολογικών εσόδων εξαιτίας της ύφεσης δημιουργούν συνθήκες λιτότητας, που προκαλούν υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης και του συστήματος υγείας, περικοπή των δαπανών για την υγεία, συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και συνεπώς μέσω αυτών των κοινωνικών και οικονομικών προσδιοριστών επηρεάζουν και το επίπεδο υγείας. Τέλος, το συγκεκριμένο πλαίσιο υποδεικνύει πως η ύφεση και η λιτότητα μέσω της μείωσης της χρηματοδότησης των νοικοκυριών και των συστημάτων υγείας και πρόνοιας επιτείνουν και διευρύνουν περαιτέρω τις κοινωνικές και τις υγειονομικές ανισότητες. Στην εικόνα 3, αποτυπώνεται διαγραμματικά το παραπάνω μοντέλο.



Εικόνα 3. Το μοντέλο των Ruckert και Labonté του 2014 για τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης (μετάφραση από Ruckert & Labonté, 2014).¹²

Το μοντέλο των Baumbach και Gulis (εικόνα 4) αναφέρει ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει τη συνολική θνησιμότητα, τη συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων και τη θνησιμότητα από αυτά, τη νοσηρότητα από λοιμώδη, ψυχικά και καρδιαγγειακά νοσήματα και τους αντίστοιχους παράγοντες κινδύνου-προσδιοριστές.¹³ Επίσης, διαμεσολαβητικοί παράγοντες στη σχέση μεταξύ ύφεσης/ανεργίας και υγείας είναι η κρατική χρηματοδότηση, οι αλλαγές στο σύστημα υγείας, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ατομικοί συμπεριφορικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Τέλος, στο μοντέλο εμπεριέχονται ως δυνητικοί παράγοντες μετριασμού των δυσμενών υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης οι πολιτικοί παράγοντες, δηλαδή οι πολιτικές αποφάσεις και δράσεις που σχετίζονται με τις κοινωνικές πολιτικές, την απασχόληση και την κοινωνική ασφάλιση, όπως η προσωρινή μείωση του ωραρίου εργασίας αντί απολύσεων και απώλειας θέσεων εργασίας στην αρχή μίας κρίσης ή η διεύρυνση της υγειονομικής κάλυψης στο σύνολο του πληθυσμού ανεξαρτήτως επαγγελματικής κατάστασης.



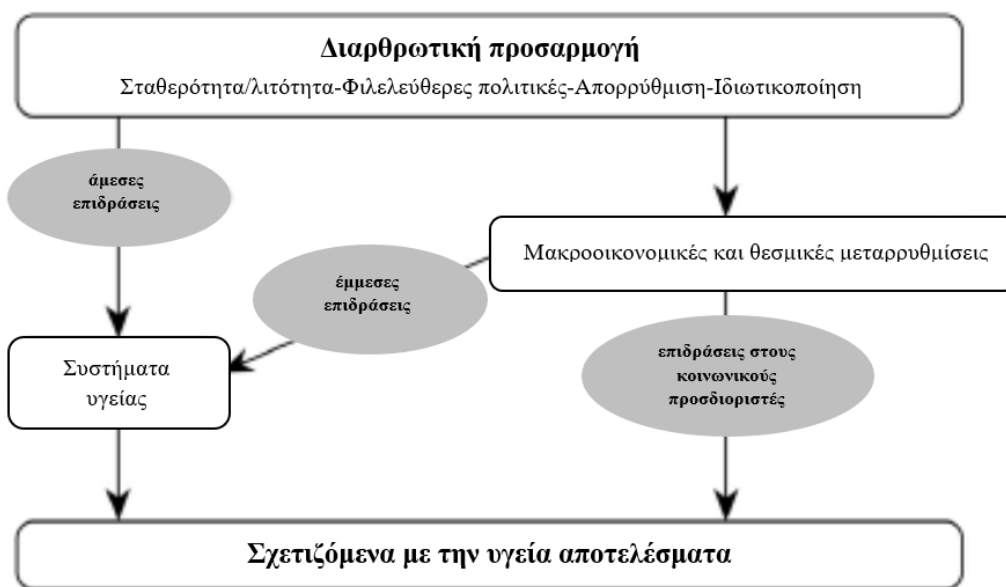
Εικόνα 4. Το μοντέλο των Baumbach & Gulis για τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης (μετάφραση από Baumbach & Gulis, 2014).¹³

Το θεωρητικό πλαίσιο του Κεντικελένη (εικόνα 5) αποτυπώνει διαγραμματικά τις υγειονομικές επιδράσεις – άμεσες και έμμεσες – των προγραμμάτων δημοσιονομικής και διαρθρωτικής

προσαρμογής του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) και της Παγκόσμιας Τράπεζας στις χώρες που προσφεύγουν στους σχετικούς μηχανισμούς στήριξης για χρηματοδότηση. Το πλαίσιο αυτό αποτελεί ένα «ολιστικό», σφαιρικό υπόδειγμα, που βασίζεται σε πληθώρα μελετών και ως το πλέον τεκμηριωμένο και ισχυρό «θεωρητικό σχήμα» παρουσιάζεται εκτενώς.

Στο μοντέλο του, ο συγγραφέας εντοπίζει τρεις βασικούς μηχανισμούς επίδρασης: ο πρώτος αφορά τις πολιτικές που στοχεύουν απευθείας στο σύστημα υγείας, ο δεύτερος τις πολιτικές που ασκούν έμμεση επίδραση στο σύστημα υγείας και ο τρίτος τις πολιτικές που επηρεάζουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας.¹⁴ Αναλυτικότερα, ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία ανέλυσε τους πιθανούς διαύλους μετάδοσης των επιδράσεων από:

- 1) τις πολιτικές δημοσιονομικής εξυγίανσης για την αποκατάσταση του ισοζυγίου πληρωμών, τη σταθερότητα του νομίσματος και τον έλεγχο του πληθωρισμού, γνωστές και ως μέτρα λιτότητας (stabilization, austerity),
- 2) τις πολιτικές απελευθέρωσης του εμπορίου και της ροής των κεφαλαίων για τη μείωση των φραγμών του εμπορίου και την προσέλκυση επενδύσεων (liberalization),
- 3) τις πολιτικές περιορισμού της κρατικής παρέμβασης στη λειτουργία της αγοράς (deregulation - απορρύθμιση),
- 4) τις πολιτικές ιδιωτικοποίησης των κρατικών επιχειρήσεων και των φυσικών πόρων για την αξιοποίηση της δημόσιας περιουσίας (privatization).



Εικόνα 5. Το μοντέλο του Κεντικελένη για τον αντίκτυπο των προγραμμάτων δημοσιονομικής και διαρθρωτικής προσαρμογής (μετάφραση από Kentikelenis, 2017).¹⁴

Συγκεκριμένα:

Ως προς τον άξονα των άμεσων επιδράσεων στο σύστημα υγείας, τα μέτρα λιτότητας απαιτούν διαφοροποίηση του μείγματος χρηματοδότησης με περιορισμό της συμμετοχής του κράτους και επακόλουθες επιπτώσεις στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, το ανθρώπινο δυναμικό του δημοσίου τομέα επηρεάζεται από τα μέτρα απολύσεων, περιορισμού των προσλήψεων και μισθολογικών περικοπών στο πνεύμα της εξοικονόμησης πόρων και εξορθολογισμού των δαπανών μέσω μείωσης της μισθοδοτικής δαπάνης, που οδηγούν και σε «διαφυγή» υγιούς και παραγωγικού ανθρώπινου δυναμικού στον ιδιωτικό τομέα ή ακόμα και στο εξωτερικό λόγω ελκυστικών ευκαιριών απασχόλησης. Οι μεταρρυθμίσεις αύξησης των εσόδων και μείωσης των δαπανών καταλήγουν σε αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, μέσω συν-πληρωμών, παραδείγματος χάρη για φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις, ή επιβολής «τελών χρήσης». Η λογική που διέπει αυτές τις επιβαρύνσεις, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, συνοψίζεται στο ότι συμβάλλουν στην άντληση επιπρόσθετων πόρων, στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της προσβασιμότητας, όμως στην πραγματικότητα αποτυγχάνουν να εκπληρώσουν τους παραπάνω στόχους και συνδέονται με φραγμούς στην πρόσβαση για τις οικονομικά ευάλωτες ομάδες, υψηλό διοικητικό κόστος και γραφειοκρατικές ανεπάρκειες. Ακόμη, τα προγράμματα διάσωσης μπορεί να προβλέπουν μεταρρυθμίσεις και όσον αφορά τα πακέτα παροχών υγείας ή τα κριτήρια επιλεξιμότητας για δωρεάν υπηρεσίες υγείας, διαμορφώνοντας στην ουσία το εύρος και το περιεχόμενο της ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ και ο περιορισμός του ρόλου του κράτους (deregulation) προωθεί την ιδιωτική πρωτοβουλία και το ρόλο του ιδιωτικού τομέα, προάγοντας την πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα ιδιωτικών υπηρεσιών για όσους έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν το σχετικό κόστος και περιορίζοντας ενδεχομένως τις δημόσιες παροχές, γεγονός που θέτει φραγμούς στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για τις ευπαθείς κυρίως ομάδες. Επίσης, στις άμεσες επιδράσεις συγκαταλέγεται και η αλλαγή του μοντέλου οργάνωσης του συστήματος υγείας, λόγω των προαπαιτούμενων όρων των προγραμμάτων για αποκέντρωση, προκειμένου να γίνει το σύστημα πιο αποδοτικό, αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο σε όρους διαχείρισης και ελέγχου, καθώς τα κέντρα λήψης αποφάσεων μεταφέρονται εγγύτερα στον πολίτη και τις ανάγκες του. Θα πρέπει, ωστόσο, σύμφωνα με το συγγραφέα, να ληφθεί υπόψη ότι η μετάβαση σε ένα αποκεντρωμένο υπόδειγμα διοίκησης και διαχείρισης του υγειονομικού τομέα ενέχει τον κίνδυνο αδυναμιών σε επίπεδο συντονισμού, διασφάλισης πόρων και επίτευξης οικονομικών κλίμακας. Τέλος, συχνά οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας δημιουργούν κενά στην

παροχή φροντίδας, ιδίως των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, τα οποία επιχειρούν να καλύψουν μη κυβερνητικές οργανώσεις με αποτέλεσμα να δημιουργείται μία κατάσταση με προβλήματα συντονισμού μεταξύ των φορέων, να παρέχονται περιορισμένου φάσματος και χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες και να συντηρούνται οι συνθήκες ανεπάρκειας του δημόσιου συστήματος υγείας και οι ατέλειες των πολιτικών υγείας.

Σχετικά με τις έμμεσες επιδράσεις στα συστήματα υγείας των χωρών που προσφεύγουν στο ΔΝΤ για βοήθεια, η επιβεβλημένη –για λόγους ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας– υποτίμηση του νομίματος προκαλεί αύξηση στις τιμές εισαγωγής φαρμάκων, αναλωσίμων και εξοπλισμού και θέτει φραγμούς στην προμήθεια ιατρικών αναλωσίμων, φαρμακευτικών και ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Επιπροσθέτως, η κατάργηση των τελωνειακών δασμών στερεί έσοδα από τον κρατικό προϋπολογισμό και χωρίς αντισταθμιστικά μέτρα υποσκάπτει τη δημοσιονομική βάση των πολιτικών υγείας και τη βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος, ενώ γενικότερα η εφαρμογή των επιταγών για υιοθέτηση εξωστρεφούς αναπτυξιακού προτύπου και απελευθέρωση των οικονομιών, καθιστούν τις εγχώριες οικονομίες ευάλωτες στις διεθνείς οικονομικές διακυμάνσεις και αναλόγως του παγκόσμιου οικονομικού κλίματος ενδέχεται να υπονομεύουν τη δυνατότητα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Οι ιδιωτικοποιήσεις αποτελούν άλλο ένα μηχανισμό απώλειας σημαντικών πηγών δημοσίων εσόδων και συνεπώς πηγών χρηματοδότησης των πολιτικών υγείας και μάλιστα αν αφορούν οργανισμούς ασφάλισης, μειώνουν την πρόσβαση των πρώην ασφαλισμένων στις αντίστοιχες υπηρεσίες περίθαλψης. Ωστόσο, η μείωση των χρηματορροών προς τα συστήματα υγείας φαίνεται να κινητοποιεί τον ιδιωτικό τομέα στην παροχή δωρεών και χορηγιών, που όμως υπάρχουν ενδείξεις ότι οι οικονομικές αυτές ενισχύσεις υποκαθιστούν και δεν συμπληρώνουν τις δημόσιες δαπάνες υγείας.

Τελευταίος μηχανισμός επίδρασης που περιγράφεται στο συγκεκριμένο εννοιολογικό πλαίσιο είναι αυτός που σχετίζεται με τον αντίκτυπο στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Τα αποτελέσματα των μηχανισμών επίδρασης αυτής της κατηγορίας δεν εκδηλώνονται άμεσα και ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν η προκαλούμενη από τις ιδιωτικοποιήσεις ανεργία σε συνδυασμό με την υποβάθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών λόγω των μέτρων λιτότητας, που αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους και τα φαινόμενα εθισμού. Επίσης, άλλος πιθανός μηχανισμός αφορά τη σχετιζόμενη με τα προγράμματα διάσωσης μείωση των εισοδημάτων, την αύξηση της ανεργίας και την εντεινόμενη φτώχεια, που προκαλούν ανισότητες και μία σειρά αλυσιδωτών προβλημάτων υγείας που εκδηλώνονται στην πορεία της ζωής, ενώ και οι ιδιωτικοποιήσεις υπηρεσιών υγείας καθιστούν απρόσιτες τις εν λόγω υπηρεσίες για μερίδα του

πληθυσμού, αυξάνουν τις ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες ή τις καταστροφικές δαπάνες υγείας (άμεσες δαπάνες για την υγεία που υπερβαίνουν το 40% των συνολικών δαπανών ενός νοικοκυριού, πλην των βασικών δαπανών διαβίωσης, δηλαδή των δαπανών για τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας). Επιπροσθέτως, η υπερφορολόγηση μειώνει τα εισοδήματα των νοικοκυριών και την ικανότητα κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών υγείας ή του υγιεινού τρόπου ζωής και η απελευθέρωση των συναλλαγματικών ισοτιμιών αυξάνει τις τιμές των τροφίμων και οδηγεί σε υποσιτισμό των παιδιών με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για την ανάπτυξή τους.

Στο πλαίσιο των διαύλων επίδρασης μέσω των κοινωνικών προσδιοριστών, η εκπαίδευση, το περιβάλλον και κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο αποτελούν επιπρόσθετους μηχανισμούς επίδρασης στην υγεία. Αναλυτικότερα, τα προγράμματα προσαρμογής θέτουν φραγμούς στην πρόσβαση των ευπαθών ομάδων στην εκπαίδευση μέσω θέσπισης διδασκτρών ή μείωσης του αριθμού των εκπαιδευτικών με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι ευκαιρίες κοινωνικής κινητικότητας ή να δημιουργούνται ελλείμματα σε γνώσεις και δεξιότητες για ζητήματα υγείας, όπως η πρόσβαση στο σύστημα υγείας ή οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, ή να υποβαθμίζεται το μορφωτικό επίπεδο των μελλοντικών γονέων και η δυνατότητά τους να ανταποκριθούν επιτυχώς στο γονεϊκό τους ρόλο. Ακόμα, οι περιβαλλοντικές συνέπειες των διαρθρωτικών και δημοσιονομικών προγραμμάτων σε ορισμένες χώρες σχετίζονται κυρίως με την έλλειψη πόσιμου ύδατος, με το φαινόμενο της αποαστικοποίησης, την υγιεινή, τις καλλιέργειες και την ενέργεια και οι επιδράσεις τους στην υγεία μπορούν να εκδηλωθούν σε όλη την πορεία της ζωής του ατόμου. Για παράδειγμα, η περιβαλλοντική υποβάθμιση είναι επιβλαβής και αθροιστική για την υγεία: οι αλλαγές του παραγωγικού προτύπου μιας χώρας, εκτός από τα προβλήματα ανεργίας και τις επακόλουθες επιπτώσεις της, μπορούν να δημιουργήσουν την ανάγκη για εισαγωγή ειδών πρώτης ανάγκης (τροφίμων και ενεργειακών πηγών) και δεδομένης της νομισματικής αστάθειας και της εξάρτησης από άλλες οικονομίες, καθιστούν την εγχώρια οικονομία ευάλωτη στις διακυμάνσεις των τιμών στις διεθνείς αγορές. Τέλος, τα προγράμματα αναδιάρθρωσης επηρεάζουν το πολιτιστικό και κοινωνικό πλαίσιο και υπονομεύουν την κοινωνική συνοχή, για παράδειγμα οι ιδιωτικοποιήσεις και η ανεργία επιτείνουν το ψυχοκοινωνικό στρες επιδρώντας δυσμενώς στην ψυχική υγεία και τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές. Από την άλλη, ενδέχεται οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί μηχανισμοί απάντησης στην κρίση να επικεντρωθούν στην προστασία των ατόμων, ιδίως των ευάλωτων, και να εφαρμοστούν δράσεις υποστηρικτικές, ώστε να μετριάζονται οι στρεσογόνες εμπειρίες και οι επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις.

Στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση ο συγγραφέας συνδυάζει με συστηματικό τρόπο τα ευρήματα εμπειρικών μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας και ομαδοποιεί τις πιθανές επιδράσεις σε τρεις κύριους άξονες, τονίζοντας παράλληλα ότι τα δημογραφικά και βιολογικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων βρίσκονται σε μία δυναμική αλληλεπίδραση με τους παραπάνω μηχανισμούς διαφοροποιώντας την τελική έκβαση, ανάλογα και με το ευρύτερο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Το συγκεκριμένο μοντέλο, σε σχέση με όλα τα υπόλοιπα, όχι μόνο μελετά πολυδιάστατα το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης, αλλά συνοψίζει και τις ενδείξεις που τεκμηριώνουν το εν λόγω πλαίσιο.

Επίσης, η Παγκόσμια Τράπεζα εξέδωσε έναν τόμο που πραγματεύεται τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας κατά τη διάρκεια των οικονομικών υφέσεων και μετά από αυτές.⁶ Η συγκεκριμένη πραγματεία προτείνει ένα πλαίσιο για την εκτίμηση, την παρακολούθηση και τον μετριασμό του αντικτύπου της ύφεσης στον τομέα της υγείας και παρέχει στους υπευθύνους χάραξης πολιτικών υγείας και στους επαγγελματίες υγείας μία συστηματική μέθοδο σχεδιασμού και εφαρμογής πολιτικών για την προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού από τις επιπτώσεις της ύφεσης. Αφετηρία της σχετικής μελέτης για τη θεμελίωση του νέου πλαισίου αποτελεί η ανάλυση των μηχανισμών μέσω των οποίων οι υφέσεις επηρεάζουν τον τομέα της υγείας και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Ειδικότερα, η οικονομική κρίση μέσω του αρνητικού αντικτύπου στην απασχόληση, στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), στην κεφαλαιακή επάρκεια, καθώς περιορίζει την πρόσβαση στο κεφάλαιο, στις εισροές άμεσων ξένων επενδύσεων, και γενικότερα στους κινητήριους μοχλούς της ανάπτυξης, ασκεί διττή επίδραση και συγκεκριμένα μειώνει το εισόδημα και τον πλούτο των νοικοκυριών και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η έλλειψη πόρων σε επίπεδο νοικοκυριών προκαλεί:

- 1) Επιδείνωση του επιπέδου υγείας των ατόμων μέσω αλλαγών στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές. Το στρες και η υιοθέτηση βλαπτικών διατροφικών επιλογών από τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος, λόγω του κόστους της υγιεινής διατροφής, έχουν δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία. Όσον αφορά τον μηχανισμό μετάδοσης των συνεπειών της κρίσης στην υγεία μέσω των συμπεριφορικών παραγόντων, ο ρόλος της διατροφής, αλλά και της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού επισημαίνεται ως αμφιλεγόμενος στο μοντέλο (εικόνα 6), χωρίς να συζητηθεί περαιτέρω. Από την ανασκόπηση όμως της σχετικής βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι, αναλόγως των συνθηκών, η κρίση επιδρά αρνητικά στη διατροφή των κοινωνικοοικονομικά ευπαθών ομάδων¹⁵ και ότι σε γενικές γραμμές η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα μειώνονται λόγω οικονομικής αδυναμίας,¹⁶⁻¹⁸ ενώ σε επιμέρους ομάδες

ενδέχεται να αυξάνονται στο πλαίσιο αντιμετώπισης του επαγόμενου από την κρίση στρες και της φτωχότερης ψυχικής υγείας,^{19,20} τροφοδοτώντας την επιδείνωση του γενικότερου επιπέδου υγείας. Συνεπώς, ανάμεσα στην υγεία και τις συμπεριφορές που την επηρεάζουν δεν υπάρχει μία απλή άμεση σχέση, αλλά πρόκειται για ένα σύνολο αλληλεπιδράσεων που δεν αποτυπώνονται στο συγκεκριμένο ερμηνευτικό πλαίσιο.²¹



Εικόνα 6. Το μοντέλο των Hou και συν. για την επίδραση της ύφεσης στο σύστημα υγείας και το επίπεδο υγείας (μετάφραση από Hou και συν., 2013).⁶

2) Επιδείνωση του επιπέδου υγείας λόγω της υποβαθμισμένης φροντίδας υγείας που λαμβάνουν τα άτομα, ως αποτέλεσμα του αντικτύπου της κρίσης στη σχέση αλληλεπίδρασης των νοικοκυριών με το σύστημα υγείας. Ο συγκεκριμένος μηχανισμός δράσης μπορεί να αναλυθεί σε επιμέρους συνιστώσες και σχετίζεται:

- α. Με μείωση της ζήτησης για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα για προληπτικές υπηρεσίες.
- β. Με αύξηση των τιμών των φαρμάκων λόγω της επίδρασης της κρίσης στις συναλλαγματικές ισοτιμίες.

- γ. Με μείωση της ικανότητας κάλυψης των δαπανών υγείας με ίδιες πληρωμές λόγω της απώλειας εισοδήματος.
- δ. Με απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης για υγειονομική περίθαλψη, λόγω της απώλειας της εργασίας, ιδίως σε συστήματα στα οποία κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης είναι η κοινωνική ασφάλιση.

Η έλλειψη πόρων στο επίπεδο της χρηματοδότησης του τομέα υγείας, ως συνέπεια της ύφεσης, των δημοσιονομικών περιορισμών και της γενικότερης κατάστασης περικοπής των κρατικών δαπανών, οδηγεί σε συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και επηρεάζει την πλευρά της προσφοράς του τομέα υγείας, προκαλώντας μείωση των δημοσίων υγειονομικών παροχών και προγραμμάτων και κατ' επέκταση μείωση και υποβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και επιδείνωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Μάλιστα, εάν δεν ληφθεί μέριμνα για τις πιο ευάλωτες ομάδες, η ύφεση μπορεί να πλήξει σημαντικά την υγεία εκείνων που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστος της μη καλυπτόμενης από το κράτος (κεντρική κυβέρνηση και ασφαλιστικοί φορείς) φροντίδας υγείας.

Στο ερμηνευτικό πλαίσιο των Catalano και συν έμφαση δίνεται στο μικροεπίπεδο των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης, δηλαδή των επιδράσεων σε ατομικό επίπεδο, και το στρες προβάλλεται ως ένας από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες μέσω των οποίων η ύφεση επηρεάζει την υγεία με διάφορους μηχανισμούς.²² Συγκεκριμένα:

- α. Με βάση τη θεωρία των οικονομικών κύκλων και την προσέγγιση της αντικυκλικής συμπεριφοράς των μεταβλητών, η κρίση μπορεί να προκαλεί στρεσογόνα βιώματα, όπως αυτά που σχετίζονται με την απώλεια εργασίας ή την οικονομική δυσχέρεια, που επηρεάζουν δυσμενώς τους δείκτες νοσηρότητας,²³ ωστόσο, σύμφωνα με την προσέγγιση της προκυκλικής συμπεριφοράς των μεγεθών, κατά την οικονομική κρίση, μέσω της μείωσης του εργασιακού χρόνου και του εργασιακού ρυθμού, μπορεί να μειώνεται ο επιπολασμός των οφειλόμενων στο εργασιακό στρες νοσημάτων, να ενισχύεται η ικανότητα ανταπόκρισης στους σχετιζόμενους με την εργασία κινδύνους και γενικότερα να επηρεάζεται ευνοϊκά η υγεία.
- β. Ένας άλλος μηχανισμός επίδρασης της κρίσης στην υγεία των ατόμων σχετίζεται με το αίσθημα επιθετικότητας και ματαιώσης που βιώνουν τα άτομα, όταν –λόγω της ύφεσης και στο πλαίσιο των πολιτικών λιτότητας– δεν λαμβάνουν από την εργασία τους την προσδοκώμενη αμοιβή, οπότε σύμφωνα με την αντικυκλική θεώρηση, καταλήγουν να υιοθετούν βλαπτικές για την υγεία συνήθειες, όπως η χρήση ουσιών, ή αντικοινωνικές

συμπεριφορές, που διαταράσσουν τις σχέσεις τους, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο επιπολασμός ψυχικών ή άλλων νοσημάτων. Από την άλλη, η προκυκλική οπτική θεωρεί ότι τα αισθήματα ματαίωσης και θυμού ενδέχεται να λειτουργούν «ανασταλτικά», δηλαδή προστατευτικά, και τα άτομα λόγω εργασιακής ανασφάλειας, ανάλογα και με την προσωπικότητά τους, μπορεί να αποφεύγουν τις «βλαπτικές» συμπεριφορές και να υιοθετούν προληπτικά στάσεις και συμπεριφορές, που θα συμβάλουν στη διατήρηση των κεκτημένων.

- γ. Ο τελευταίος μηχανισμός μέσω του οποίου η οικονομική κρίση επιδρά στην υγεία βασίζεται στο ρόλο της χρηματοδότησης και του προϋπολογισμού. Με βάση την αντικυκλική αντίληψη, η ύφεση και η λιτότητα περιορίζουν τους πόρους, το χρόνο και την ενέργεια που μπορούν να διαθέσουν τα άτομα για υγιεινή διατροφή και ωφέλιμες δραστηριότητες και συνήθειες, με αποτέλεσμα να επιτείνονται οι δυσμενείς συνέπειες που επιφέρουν η απώλεια εργασίας ή εισοδήματος, ενώ πλήττεται και η ικανότητα διαχείρισης αυτών των επιπτώσεων λόγω εξάντλησης των ψυχικών, σωματικών και υλικών αποθεμάτων που αυτά διαθέτουν. Με άλλα λόγια, ανάλογα και με τις προτιμήσεις των ατόμων, καθώς ελαττώνονται οι πόροι που κατευθύνονται σε προτεραιότητες και δραστηριότητες ωφέλιμες για την υγεία, επιδεινώνεται η υγεία και αυξάνεται η συχνότητα διαφόρων νοσημάτων. Η προκυκλική οπτική, ωστόσο, θεωρεί ότι η απώλεια εργασίας ή εισοδήματος σε συνθήκες οικονομικής κρίσης μπορεί να οδηγήσει τα άτομα σε εξορθολογισμό της συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν τις βλαπτικές για την υγεία συμπεριφορές και, ανάλογα με τις προτιμήσεις και τις προτεραιότητές τους, να ακολουθούν ωφέλιμες πρακτικές, καθώς μπορεί να αντιλαμβάνονται ως αναγκαία την αλλαγή στάσης ή να διευκολύνονται προς αυτή την κατεύθυνση από το γεγονός ότι πλέον διαθέτουν περισσότερο χρόνο για να το πράξουν.^{24,25}

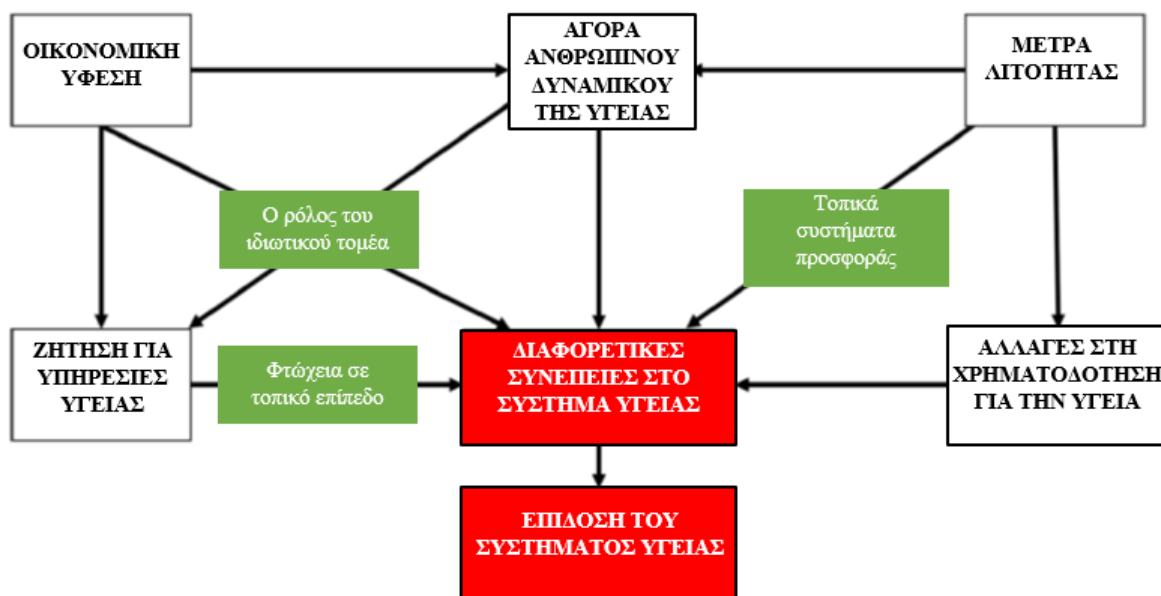
Στο θεωρητικό πλαίσιο των Andrietta και συν. σχετικά με τον αντίκτυπο της ύφεσης στο σύστημα υγείας, κυρίως όσον αφορά τη χρηματοδότηση και τις επιδόσεις του, εξετάζονται οι μηχανισμοί που συνδέουν τους μακροοικονομικούς παράγοντες, την αγορά εργασίας, τη ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας με τις επιδόσεις του συστήματος.²⁶ Στο μοντέλο αυτό:

- 1) Οι πολιτικές λιτότητας, που σχετίζονται με το μακροοικονομικό περιβάλλον του συστήματος υγείας, επηρεάζουν την αγορά εργασίας αφενός και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αφετέρου, και τελικά επιφέρουν τροποποιήσεις στο σύστημα υγείας

(και τις επιδόσεις του), που ποικίλουν αναλόγως και των υφιστάμενων συνθηκών στην πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

- 2) Η ύφεση επηρεάζει το σύστημα υγείας, και κατ' επέκταση τις επιδόσεις του, άμεσα, σε συνάρτηση και με το ρόλο του ιδιωτικού τομέα, αλλά και μέσω της επίδρασης που ασκεί:
 - α. στην αγορά εργασίας και
 - β. στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με τις συνθήκες φτώχειας.
- 3) Η διαμορφούμενη από την ύφεση και τη λιτότητα αγορά εργασίας επηρεάζει το σύστημα υγείας και τις επιδόσεις του άμεσα ή έμμεσα, διαμεσολαβούμενη από τη ζήτηση και υπό την διαφοροποιητική επίδραση του ιδιωτικού τομέα και των συνθηκών φτώχειας.

Η λιτότητα, λοιπόν, και η ύφεση έχουν το ρόλο των ανεξάρτητων μεταβλητών, οι επιδόσεις του συστήματος υγείας είναι η εξαρτημένη και η αγορά εργασίας (στον τομέα της υγείας), η ζήτηση και η χρηματοδότηση είναι ενδιάμεσες μεταβλητές σε ένα κύκλωμα, στο οποίο ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, η φτώχεια και η προσφορά υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο διαφοροποιούν την έκβαση-επιδόσεις είτε μετριάζοντας είτε επιδεινώνοντας την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών, που αποτελούν βασικές συνιστώσες της κρίσης.



Εικόνα 7. Το μοντέλο των Andrietta και συν. για την επίδραση της ύφεσης και της λιτότητας στο σύστημα υγείας και τις επιδόσεις του (μετάφραση από Andrietta και συν., 2020).²⁶

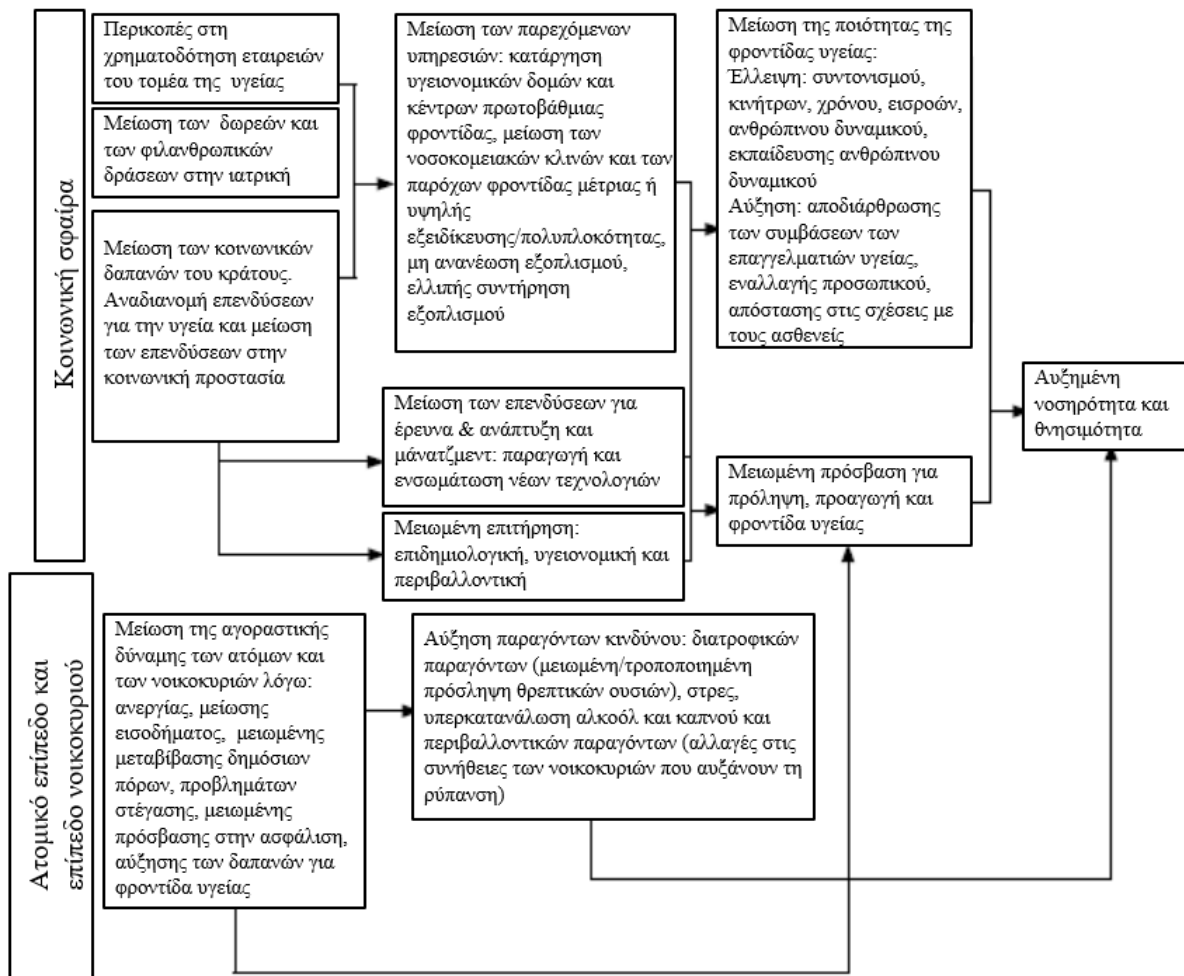
Στο μοντέλο των Paes-Sousa και συν. παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της λιτότητας στην υγεία σε δύο επίπεδα και συγκεκριμένα σε επίπεδο κοινωνίας και σε επίπεδο νοικοκυριού ή ατόμου (εικόνα 8).²⁷

Στο μακροεπίπεδο, δηλαδή από την κοινωνική οπτική, οι περικοπές στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, η μείωση των δωρεών και η μείωση των δαπανών και των επενδύσεων στην κοινωνική προστασία και πολιτική γενικότερα, οδηγούν σε συρρίκνωση και υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, πχ. κατάργηση δομών, μείωση κλινών, αποδυνάμωση ή ακόμα και εγκατάλειψη προγραμμάτων επιδημιολογικής επιτήρησης και γενικότερα προαγωγής της υγείας, απαξίωση των υφιστάμενων υποδομών και μη ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών και συνεπώς υποβαθμίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και θέτουν φραγμούς στην πρόσβαση σε φροντίδα υγείας επιδεινώνοντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας).

Στο μικροεπίπεδο, δηλαδή από την οπτική του ατόμου και του νοικοκυριού, η απώλεια αγοραστικής δύναμης λόγω ανεργίας και μείωσης του εισοδήματος, η επισφαλής στέγαση, η απώλεια της ασφαλιστικής ικανότητας και ως εκ τούτου η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για φροντίδα υγείας, αφενός δημιουργούν εμπόδια στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξάνουν τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, αφετέρου αυξάνουν τον κίνδυνο υποσιτισμού, στρες, υπερκατανάλωσης αλκοόλ και προϊόντων καπνού, καθώς και τον κίνδυνο έκθεσης σε ένα ανθυγιεινό εσωτερικό (οικιακό) και εξωτερικό (φυσικό) περιβάλλον, επιδεινώνοντας περαιτέρω την κατάσταση υγείας των ατόμων.

Επίσης, εκτός από τα θεωρητικά και εννοιολογικά πλαίσια για την επίδραση της κρίσης και της ύφεσης στο σύστημα υγείας και το επίπεδο υγείας γενικά, έχουν προταθεί και εξειδικευμένα πλαίσια, τα οποία αφορούν συγκεκριμένες πτυχές ή πληθυσμούς, όπως το θεωρητικό πλαίσιο για τον αντίκτυπο της ύφεσης στους ανθρώπινους πόρους των συστημάτων υγείας, που αναπτύχθηκε το 2019 σε μία προκαταρκτική μορφή από τους Jesus και συν. και το οποίο μελετάται περαιτέρω για να τεκμηριωθεί και εμπειρικά.²⁸

Το συγκεκριμένο πλαίσιο ορίζει αρχικά τις έννοιες της οικονομικής ύφεσης και των ανθρωπίνων πόρων. Συγκεκριμένα, ορίζει ως ύφεση την οικονομική επιβράδυνση σε μία ή περισσότερες χώρες, όπου το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν μειώνεται για τουλάχιστον δύο συνεχόμενα τρίμηνα. Οι ανθρωπίνους πόροι ή εναλλακτικά, με βάση την ελληνική ορολογία, οι επαγγελματίες υγείας-υγειονομικοί ορίζονται ως το σύνολο των κλινικών λειτουργών (πχ. ιατροί, νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές κλπ.), που εργάζονται στον τομέα της



Εικόνα 8. Το μοντέλο των Paes-Sousa και συν. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης και της λιτότητας στην υγεία σε επίπεδο κοινωνίας και σε επίπεδο νοικοκυριού ή ατόμου (μετάφραση από Paes-Sousa και συν., 2019).²⁷

υγείας, της κοινωνικής περίθαλψης ή άλλους τομείς, όπως η έρευνα και η εκπαίδευση, καθώς και το σύνολο των εκπαιδευομένων των ειδικοτήτων αυτών, που αποτελούν μελλοντική δεξαμενή εργατικού δυναμικού, καθώς επηρεάζουν τη δυναμική των σχετικών επαγγελματικών κλάδων και της αγοράς εργασίας και επηρεάζονται από την οικονομική ύφεση, ενώ διοικητικοί, τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες, που μπορούν να απασχοληθούν και σε άλλους τομείς, αποκλείονται από τον ορισμό των επαγγελματιών υγείας για τις ανάγκες μοντελοποίησης των εν λόγω επιδράσεων. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο (εικόνα 9), η ανταπόκριση-αντίδραση προσαρμογής των επαγγελματιών υγείας στην κρίση μπορεί να εκδηλωθεί με:

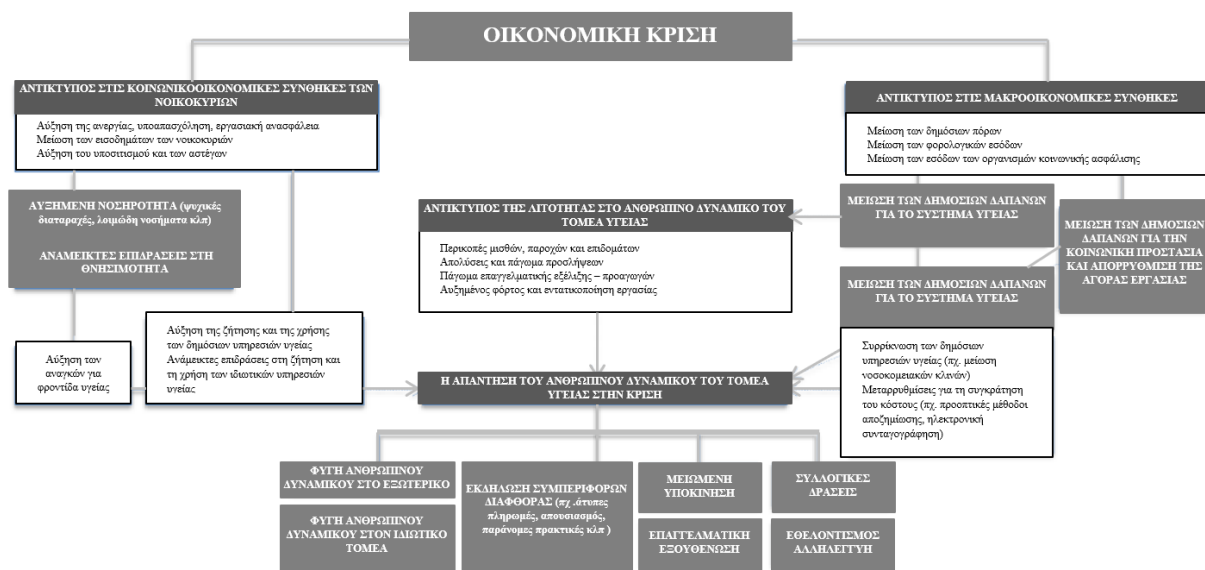
- 1) Φυγή ανθρώπινου δυναμικού στο εξωτερικό ή με απώλεια ανθρώπινων πόρων λόγω μετακίνησης εντός της χώρας, πχ. λόγω αναζήτησης εργασίας σε άλλο φορέα ή ακόμα και στον ιδιωτικό τομέα.
- 2) Συμπεριφορές διαφθοράς, όπως οι άτυπες πληρωμές, η παράνομη παράλληλη απασχόληση, ο απουσιασμός από την εργασία κλπ.
- 3) Μειωμένη παρακίνηση, λόγω έλλειψης κινήτρων, και επαγγελματική εξουθένωση.
- 4) Εθελοντική συμμετοχή σε δράσεις αλληλεγγύης.

Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων διαμορφώνεται η αντίδραση του επαγγελματία υγείας στην ύφεση σχετίζονται με επιδράσεις της κρίσης στο μικρο-επίπεδο – και ειδικότερα στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας– και στο μακρο-επίπεδο –και συγκεκριμένα στα μακρο-οικονομικά μεγέθη– και είναι οι εξής δύο:

- 1) Η οικονομική κρίση επηρεάζει τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στο επίπεδο των νοικοκυριών και μέσω της ανεργίας, της υποαπασχόλησης, της εργασιακής ανασφάλειας, της μείωσης του εισοδήματος, της έλλειψης στέγης και της κακής διατροφής οδηγεί σε αύξηση της νοσηρότητας (για παράδειγμα έχει αυξηθεί ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών και των λοιμωδών νοσημάτων), αλλά και σε μεταβολές της θνησιμότητας, η οποία έχει επηρεαστεί ποικιλοτρόπως ανάλογα και με την αιτία θανάτου, και κατ' επέκταση σε αυξημένες ανάγκες υγείας, αυξημένη ζήτηση και χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και ποικίλες μεταβολές στη ζήτηση και τη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, που καθορίζουν και την απάντηση των επαγγελματιών υγείας στο πλέγμα των αλλαγών αυτών.
- 2) Η οικονομική κρίση επηρεάζει τις μακροοικονομικές συνθήκες και ειδικότερα μέσω της μείωσης των διαθέσιμων δημόσιων πόρων, των μειωμένων εσόδων από τη φορολογία και των μειωμένων εσόδων των κοινωνικών ασφαλιστικών φορέων οδηγεί σε απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, μείωση των δημοσίων δαπανών για το σύστημα υγείας και το σύστημα κοινωνικής προστασίας με αποτέλεσμα να ακολουθούνται πολιτικές:
 - α. Συρρίκνωσης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, πχ. μείωση των νοσοκομειακών κλινών,
 - β. Λιτότητας σε επίπεδο διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, πχ. μειώσεις μισθών, επιδομάτων και άλλων παροχών, απολύσεις και πάγωμα προσλήψεων, πάγωμα εξέλιξης, αύξηση του φόρτου εργασίας και εντατικοποίηση της εργασίας,

γ. Συγκράτησης του κόστους και ελέγχου των δαπανών υγείας, πχ. ηλεκτρονική συνταγογράφηση, εφαρμογή προοπτικών μεθόδων αποζημίωσης των παρόχων των υπηρεσιών υγείας κλπ.

που εν τέλει καθορίζουν και τις αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας σε αλληλεπίδραση και με τις δυνάμεις που δρουν σε ατομικό επίπεδο ή επίπεδο νοικοκυριού και περιγράφονται από τον πρώτο μηχανισμό που αφορά τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας.



Εικόνα 9. Το μοντέλο των Jesus και συν. για την επίδραση της ύφεσης στους ανθρώπινους πόρους των συστημάτων υγείας (μετάφραση από Jesus και συν., 2019).²⁸

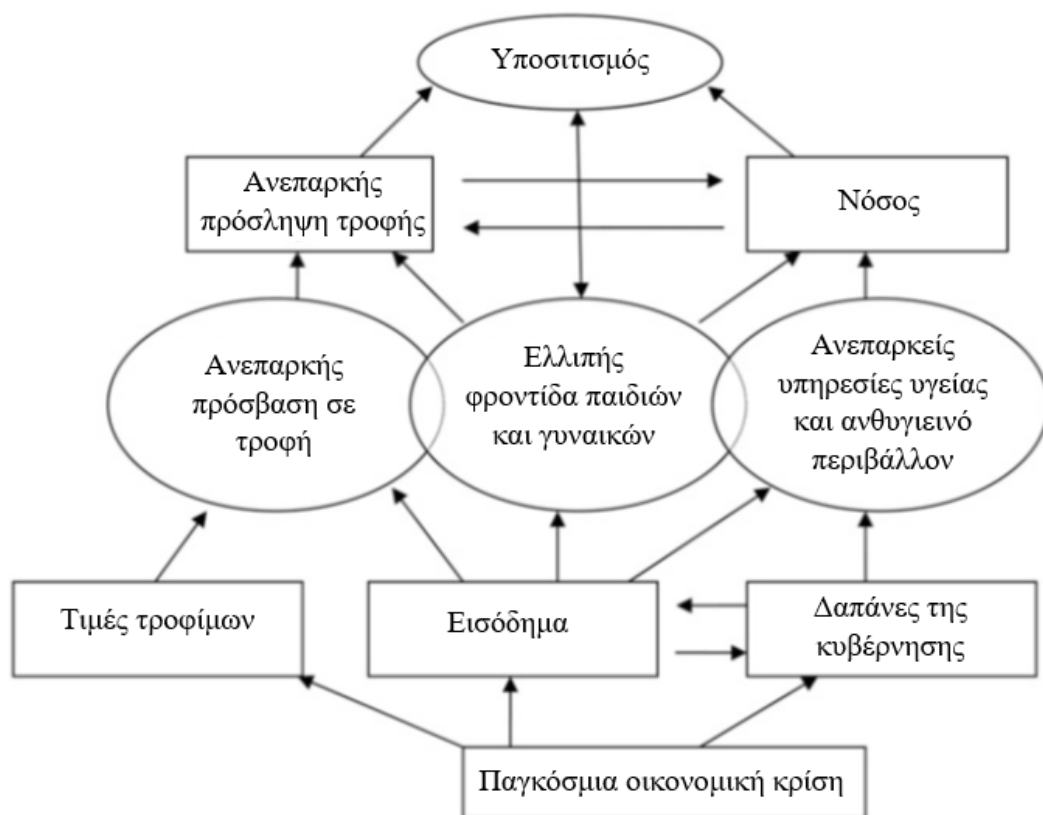
Ιδιαίτερα στοχευμένο είναι και το πλαίσιο που αναπτύχθηκε από τους Brinkman και συν.²⁹ για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση θρέψης του ατόμου στις αναπτυσσόμενες χώρες, με αφετηρία το θεωρητικό πλαίσιο για τα αίτια του υποσιτισμού των παιδιών του Διεθνούς Ταμείου Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά.³⁰ Το συγκεκριμένο πλαίσιο είναι πιο σύνθετο από τα προηγούμενα και θεωρεί ότι η κατάσταση θρέψης επηρεάζεται από την οικονομική κρίση μέσω της επίδρασης:

- 1) στις τιμές των τροφίμων (αύξηση),
- 2) στο εισόδημα (μείωση), είτε άμεσα είτε έμμεσα ως αποτέλεσμα των μεταβολών στις κυβερνητικές δαπάνες,

3) στο ύψος και στο μείγμα των κυβερνητικών δαπανών είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω της αλληλεπίδρασης του εισοδήματος και των κυβερνητικών δαπανών,

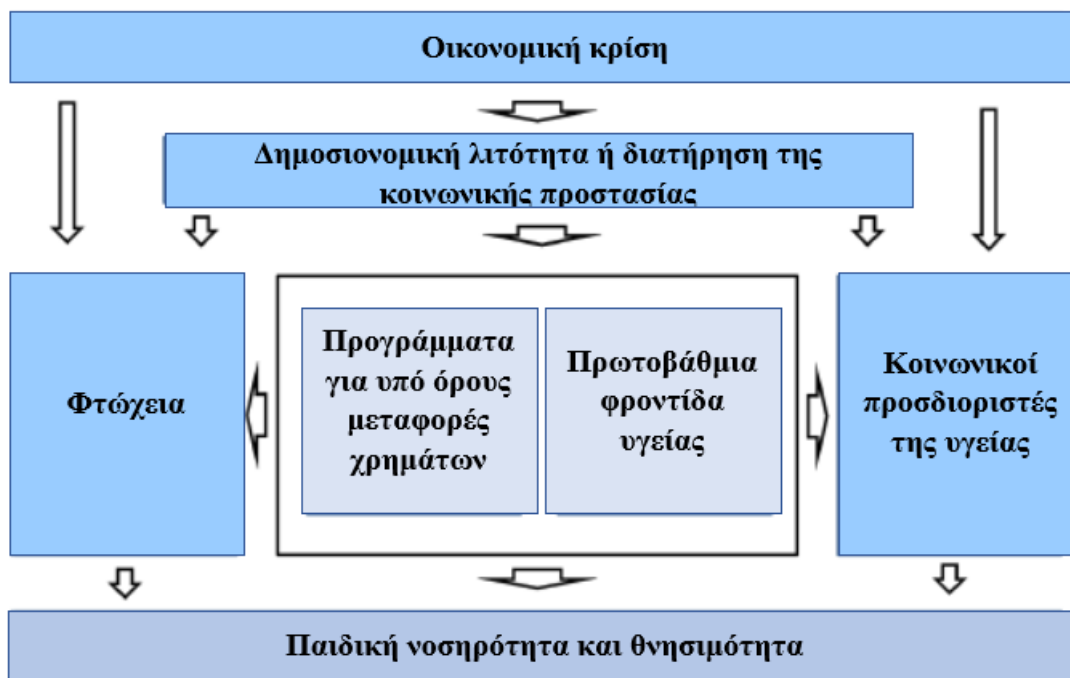
με τους εξής τρόπους:

- α. Η αύξηση των τιμών των τροφίμων αφενός και η μείωση του εισοδήματος αφετέρου θέτουν φραγμούς στην πρόσβαση σε τροφή, με αποτέλεσμα η προσλαμβανόμενη τροφή να είναι ανεπαρκής ποιοτικά και ποσοτικά και το άτομο να οδηγείται στην υποθρεψία είτε άμεσα είτε και έμμεσα μέσω της αλληλεπίδρασης με συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας.
- β. Η μείωση του εισοδήματος ευθύνεται, επίσης, για την ανεπαρκή φροντίδα των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, που σχετίζεται άμεσα με την ανεπαρκή πρόσληψη τροφής και την εμφάνιση νοσημάτων και αμφίδρομα με τον υποσιτισμό.
- γ. Επιπλέον, το μειωμένο εισόδημα και οι κυβερνητικές δαπάνες, είτε μεμονωμένα και άμεσα, είτε έμμεσα ως διαμεσολαβητικές μεταβλητές –η μία της άλλης– καθιστούν ανεπαρκείς τις υπηρεσίες υγείας και συμβάλλουν στη δημιουργία επιβλαβών περιβαλλοντικών συνθηκών, προκαλώντας ασθένειες, που με τη σειρά τους οδηγούν σε υποσιτισμό είτε άμεσα είτε διαμεσολαβούμενες από τη μειωμένη πρόσληψη τροφής.



Εικόνα 10. Το μοντέλο των Brinkman και συν. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση θρέψης του ατόμου (μετάφραση από Brinkman και συν., 2010).²⁹

Στο θεωρητικό πλαίσιο των Rasella και συν. για την παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα σε χώρες με μεσαίο κατά κεφαλήν εισόδημα, η οικονομική κρίση επηρεάζει άμεσα το επίπεδο φτώχειας και τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, αλλά και έμμεσα, λόγω της απάντησης στην κρίση με πολιτικές λιτότητας ή με πολιτικές διατήρησης ή ακόμα και ενίσχυσης της κοινωνικής προστασίας.³¹ Επιπλέον, οι κοινωνικές πολιτικές που υιοθετούνται ως απάντηση στην κρίση, έχουν αντίκτυπο, όχι μόνο στο επίπεδο φτώχειας και στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, αλλά και στη φροντίδα υγείας και στα προγράμματα επιδοματικής στήριξης, που επίσης επηρεάζουν τις συνθήκες φτώχειας και τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Αποτέλεσμα αυτού του πλέγματος σχέσεων μεταξύ κρίσης, πολιτικών και δράσεων σε διάφορα επίπεδα και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των ατόμων, είναι η μεταβολή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των παιδιών.



Εικόνα 11. Το μοντέλο των Rasella και συν. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα (μετάφραση από Rasella και συν., 2018).³¹

Σε γενικές γραμμές, έχει αναπτυχθεί πληθώρα πολύπλοκων θεωρητικών κατασκευών με κυρίαρχα χαρακτηριστικά τον πρωταρχικό ρόλο των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας, τη μελέτη των επιπτώσεων σε μικρο- και μακρο- επίπεδο, δηλαδή σε ατομικό (ή επίπεδο νοικοκυριού) και ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, και την εξέταση άμεσων και έμμεσων επιδράσεων.

2. Η κρίση του 2008: αίτια, απόκριση και επιπτώσεις

Η μεγάλη κρίση του 2008 είχε τις ρίζες της στην κατάρρευση της αγοράς ακινήτων των ΗΠΑ, η οποία διαχύθηκε σε όλες τις διασυνδεδεμένες οικονομικά χώρες και στην Ευρωζώνη, λόγω των αστοχιών του χρηματοπιστωτικού συστήματος και των προσπαθειών διάσωσής του, και επέφερε μία βαθύτατη κρίση δημοσίου χρέους με τελικούς αποδέκτες τους φορολογούμενους πολίτες.³² Η κρίση και οι πολιτικές απάντησης σε αυτήν προκάλεσαν τη διόγκωση των χρεών και των ελλειμμάτων και κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη δημοσιονομικής εξυγίανσης – μέσω της εφαρμογής περιοριστικών πολιτικών που εισηγήθηκαν οι αρμόδιοι εθνικοί και υπερεθνικοί φορείς, όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο,– και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των πληττόμενων οικονομιών.

Στο πλαίσιο αυτό, πολλές χώρες προσέφυγαν σε διεθνείς οργανισμούς και έλαβαν δάνεια για τη διάσωση των εθνικών οικονομιών με τον όρο της εφαρμογής προγραμμάτων δομικής και δημοσιονομικής προσαρμογής, που περιελάμβαναν πολιτικές λιτότητας, απελευθέρωσης των αγορών, απορρύθμισης της αγοράς εργασίας και μείωσης του μισθολογικού κόστους, ιδιωτικοποιήσεων και γενικότερα διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στην απασχόληση, στην υγεία, στην κοινωνική ασφάλιση και φροντίδα και σε άλλους τομείς. Αν και η οριζόντια επιβολή των περιοριστικών μέτρων αποτέλεσε δημοφιλή πρακτική για την αντιμετώπιση της κρίσης, είχε ιδιαίτερα επώδυνες κοινωνικές επιπτώσεις, καθώς αποσκοπούσε αποκλειστικά στη διάσωση του χρηματοπιστωτικού συστήματος μέσω της βίαιης αναδιανομής του πλούτου και της μαζικής μεταφοράς του από την πλειοψηφία των πολιτών στη μειοψηφία των ισχυρών.^{33,34}

Είναι γεγονός ότι η λιτότητα ευθύνεται για την έκρηξη της ανεργίας, τη διεύρυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων, την όξυνση του κοινωνικού αποκλεισμού και άλλα φαινόμενα με αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας και στο επίπεδο της φροντίδας υγείας λόγω της ανεπάρκειας των πόρων για τα συστήματα υγείας. Αναλυτικότερα, αποτέλεσμα αυτών των πολιτικών ήταν οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, η αύξηση των φορολογικών επιβαρύνσεων, η υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης, οι δυσμενείς επιπτώσεις στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, η συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας με επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις στον κοινωνικό ιστό και τον κοινωνικό τομέα γενικότερα και με περιορισμό των κοινωνικών παροχών και των παροχών σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης ειδικότερα, που αντανακλώνται και στις τάσεις των δεικτών υγείας. Συγκεκριμένα, η μείωση των εισοδημάτων, η αύξηση του κόστους σίτισης, η μείωση των κυβερνητικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας και των καλυπτόμενων από το κράτος υγειονομικών παροχών σε συνδυασμό με την παράλληλη αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται με την επιδείνωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, οι επιπτώσεις της

κρίσης στη δημόσια υγεία εξαρτώνται από τις δυνατότητες των ρυθμιστικών συστημάτων μίας κοινωνίας για αντιρροπιστική αύξηση των δημοσίων και κοινωνικών επενδύσεων και ενίσχυση του κοινωνικού κράτους, προκειμένου να μετριαστούν οι αρνητικές συνέπειες και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία.³⁵

Οι οικονομικές κρίσεις οδηγούν στην αναδόμηση των κοινωνιών και το μετασχηματισμό των κοινωνικών θεσμών μέσα από διαδικασίες που οξύνουν τις ανισότητες σε όλα τα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα υγείας. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ανισοτήτων στην υγεία είναι η λεγόμενη «κοινωνική διαβάθμιση», δηλαδή το φαινόμενο που περιγράφει το γεγονός ότι υπάρχει μία κλιμακωτή ή γραμμική φθίνουσα τάση του επιπέδου υγείας των ατόμων όσο χαμηλότερη είναι η θέση τους στην κοινωνικοοικονομική ιεραρχία, δηλαδή τα άτομα με κατώτερη κοινωνικοοικονομική θέση μειονεκτούν όσων αφορά την κατάσταση υγείας, την ποιότητα ζωής, αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε ανώτερη θέση.³⁶ Η θέση στην κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση σχετίζεται με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές, που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων, και σηματοδοτεί την αλληλεπίδραση των ατόμων με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η εκπαίδευση και η εργασία, που επηρεάζουν όχι μόνο τις υλικές παραμέτρους, αλλά και το αξιακό σύστημα και τις συμπεριφορές των ατόμων, καθορίζοντας τις επιλογές και τις σχετιζόμενες με την υγεία συνήθειες και συνεπώς το βαθμό έκθεσης των ατόμων σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία τους.³⁷

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η λιτότητα επηρεάζει το επίπεδο υγείας μέσω:

- 1) Της εκπαίδευσης είτε άμεσα λόγω της μείωσης των επενδύσεων στην εκπαίδευση είτε έμμεσα λόγω των επιπτώσεων στο εισόδημα, την απασχόληση, την κοινωνική δικτύωση και την πληροφόρηση, που επηρεάζουν τόσο την κατάσταση υγείας όσο και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα για το ρόλο του εισοδήματος, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η ανισοκατανομή του εισοδήματος και η επακόλουθη διεύρυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων επηρεάζει αφενός τις υλικές παραμέτρους του βιοτικού επιπέδου³⁸ και αφετέρου υπονομεύει την κοινωνική συνοχή³⁹ επιπλέον, λόγω της φτώχειας, σχετίζεται με την αύξηση των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, πχ. κακή διατροφή, και την ύπαρξη φραγμών στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.⁸
- 2) Του μετασχηματισμού στις δομές και το δυναμικό της απασχόλησης, εξαιτίας της απορρύθμισης των εργασιακών σχέσεων και της προώθησης των ευέλικτων μορφών εργασίας, που επηρεάζουν μεταξύ άλλων την κοινωνική κινητικότητα και τα επίπεδα του στρες, λόγω της εργασιακής επισφάλειας.
- 3) Της συρρίκνωσης της κοινωνικής προστασίας και

4) Της μείωσης των διαθέσιμων πόρων του συστήματος υγειονομικής φροντίδας, δηλαδή του έμψυχου και του υλικού δυναμικού του συστήματος.

Γενικά, όσον αφορά τον τομέα της υγείας, η απόκριση στην κρίση περιλαμβάνει κατά βάση διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, που μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:⁴⁰

- Μεταρρυθμίσεις μεταβολών στους προϋπολογισμούς για την υγεία με διάφορους τρόπους: Άμεσα, έμμεσα από τη μείωση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων λόγω της απώλειας θέσεων εργασίας ή λόγω της προώθησης των ευέλικτων μορφών εργασίας, που οδηγούν σε μείωση των εσόδων από τις κοινωνικού χαρακτήρα εισφορές, με αντισταθμιστική αύξηση των κοινωνικών ασφαλιστικών εισφορών για τους οικονομικά ανενεργούς πολίτες και κατ' επέκταση αύξηση των εσόδων για το σύστημα ή άμβλυνση των όποιων απωλειών, λόγω αντικυκλικής συμπεριφοράς των ασφαλιστικών εισφορών σε χώρες με ισχυρά συστήματα κοινωνικής προστασίας.
- Μεταρρυθμίσεις για τη μείωση ή τη συγκράτηση του κόστους των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, που περιλαμβάνουν μέτρα για τη μείωση της φαρμακευτικής και της συνολικής δαπάνης, συνήθως μέσω θέσπισης ή αύξησης της συμμετοχής των καταναλωτών-χρηστών στο κόστος και μετακύλισης σημαντικής επιβάρυνσης στους πολίτες, μέτρα για τη μείωση του μισθολογικού κόστους των απασχολούμενων στον τομέα της υγείας, μέτρα για τη μείωση των λειτουργικών δαπανών, πχ. ανασυγκρότηση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας και στροφή στην πρωτοβάθμια ή άλλες λιγότερο δαπανηρές μορφές φροντίδας υγείας, εξωτερικές αναθέσεις έργων ή υπηρεσιών, ιδιωτικοποιήσεις, συγχωνεύσεις ή ακόμα και κατάργηση δομών και υπηρεσιών.
- Μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στον όγκο και την ποιότητα των δημοσίως χρηματοδοτούμενων και παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα με κύριο γνώμονα τη μείωση του όγκου των σχετικών υπηρεσιών, επιδιώχθηκε να μειωθεί η ζήτηση για φροντίδα υγείας μέσω αύξησης της φορολογίας σε προϊόντα, όπως το αλκοόλ και ο καπνός.

2.1. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης του 2008 στον κοινωνικό και τον υγειονομικό τομέα σε ευρωπαϊκό επίπεδο σχετίζονται κυρίως με τη διεύρυνση του χάσματος και των ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων λόγω των πολιτικών λιτότητας και των επιθετικών φορολογικών πρακτικών, που οδήγησαν στη μείωση των διαθέσιμων πόρων για τις

κοινωνικές πολιτικές και υπηρεσίες, αλλά και στην επιδείνωση της οικονομικής θέσης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.^{41,42} Πιο συγκεκριμένα, σημαντική ήταν η αύξηση της ανεργίας, που κυμάνθηκε σε ποικίλα ποσοστά, ανάλογα με το βαθμό της ύφεσης και συγκεκριμένα από 5-8% στις χώρες που επηρεάστηκαν λιγότερο από την κρίση, όπως η Αυστρία και η Ολλανδία, έως 30-35% στις χώρες με τον εντονότερο αντίκτυπο, όπως η Ελλάδα και η Ισπανία.^{43,44} Ειδικότερα, η ανεργία στους νέους σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες ξεπέρασε το 20%, ενώ στην Ελλάδα και την Ισπανία υπερέβη το 55%.^{43,45} Ως εκ τούτου, η έκρηξη της ανεργίας και επακόλουθα της φτώχειας συνοδεύτηκε από τη διεύρυνση των ανισοτήτων και την εντεινόμενη αδυναμία πρόσβασης σε βασικές κοινωνικές παροχές.

Επίσης, η αύξηση της ανεργίας συνδέεται με αύξηση των αυτοκτονιών –και έχει παρατηρηθεί ότι για κάθε ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας οι αυτοκτονίες στα άτομα κάτω των 65 ετών αυξάνονται κατά 0,79%–,⁴⁶ με ψυχολογικές επιπτώσεις και συγκεκριμένα με αύξηση των ψυχικών διαταραχών, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, αλλά και με επιδείνωση των σχετιζόμενων με την υγεία συνηθειών και συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών.⁴⁷ Τέλος, η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και φτώχεια και αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και τα ποσοστά πρόωρης θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.^{43,48}

Για την αντιμετώπιση της κρίσης, εφαρμόστηκαν προγράμματα «λιτότητας», βασισμένα στην κατάργηση παροχών και υπηρεσιών υγείας, ιδίως για όσους είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα και για ομάδες πληθυσμού με αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας, όπως οι ηλικιωμένοι. Οι συγκεκριμένες περιοριστικές πολιτικές, επηρέασαν πρωτίστως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και κυρίως εκείνα που είχαν περισσότερες υγειονομικές ανάγκες και περιορισμένες δυνατότητες για την κάλυψή τους. Συνολικά, η οικονομική ύφεση αποτέλεσε απειλή για την κοινωνική συνοχή λόγω της εργασιακής αβεβαιότητας, των οικογενειακών εντάσεων και της κοινωνικής βίας, ενώ αύξησε και τον κίνδυνο χρόνιων ψυχικών και σωματικών διαταραχών στον πληθυσμό.⁴⁹ Επιπλέον, η οικονομική και επισιτιστική ανασφάλεια και η αβεβαιότητα στην κάλυψη και άλλων αναγκών ζωτικής σημασίας, όπως η στέγαση, οι άνισες ευκαιρίες στην εκπαίδευση και την απασχόληση και η έλλειψη προοπτικής για το μέλλον είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία των νέων μελών, αλλά και του συνόλου, κάθε κοινωνίας που επηρεάστηκε από την ύφεση.⁴³

2.2. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

2.2.1. Εισαγωγή για την κρίση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι μία χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης με σχεδόν 11 εκατομμύρια κατοίκους και με βασικά δημογραφικά προβλήματα τη γήρανση και την επιβραδυνόμενη αύξηση του πληθυσμού της. Με την οικονομική κρίση η χώρα απώλεσε πάνω από το ένα τέταρτο του ΑΕΠ από το 2010 και έπειτα και οδηγήθηκε στη σύναψη τριών δανειακών συμβάσεων για τη διάσωση της εθνικής οικονομίας με την υποχρέωση εφαρμογής αντίστοιχων Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής, τα οποία και ολοκλήρωσε τον Αύγουστο του 2018. Υπό αυτό το πρίσμα, όλες οι επιμέρους εκφάνσεις της κοινωνικής και οικονομικής ζωής της χώρας επηρεάστηκαν και πληθώρα κοινωνικοοικονομικών δεικτών και δεικτών υγείας επηρεάστηκαν δυσμενώς, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1.⁵⁰

Η εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας ευθύνεται για την παρατεταμένη υφεσιακή κατάσταση και την ενισχυμένη πίεση στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, όπως συνέβη και σε άλλες χώρες που ακολούθησαν ανάλογο μοντέλο περιοριστικών πολιτικών ως απόκριση στην οικονομική κρίση. Η δραστική περικοπή των δημοσίων δαπανών για βασικά αγαθά και υπηρεσίες επιδείνωσε ήδη υφιστάμενα προβλήματα των δημόσιων μονάδων υγείας, όπως τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς, η υποστελέχωση, η ανεπάρκεια στις προμήθειες, κυρίως φαρμακευτικού και αναλώσιμου υλικού, και επηρέασε σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών υγείας.⁴³

Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Ελλάδας είναι:^{51,52}

- 1) ο έντονα παρεμβατικός ρόλος του κράτους και ο συγκεντρωτισμός,
- 2) ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας και η κατακερματισμένη, υποστελεχωμένη και αδύναμη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με παράλληλα προβλήματα στην πρόσβαση (κυρίως μέχρι το 2016, που θεσμοθετήθηκε η ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες δομές του συστήματος, ακόμα και για όσους δε διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη), τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας,
- 3) η υποχρηματοδότηση, λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών των μνημονίων, και οι διαρκώς αυξανόμενες ιδιωτικές πληρωμές για την κάλυψη του κόστους της φροντίδας υγείας, που σε ένα σημαντικό μέρος τους αφορούν άτυπες πληρωμές και εμποδίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες,
- 4) οι αλλεπάλληλες μεταρρυθμίσεις ανά κυβερνητική περίοδο με αντικρουόμενη λογική και αντιφατικές επιδιώξεις, που δεν διέπονται από την αρχή της συνέχειας,

- 5) η έλλειψη δικαιοσύνης και αποδοτικότητας στη διάθεση και τη χρήση των πόρων, με βασικότερα ζητήματα τη δυσανάλογη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και του εξοπλισμού, που συγκεντρώνονται κυρίως στις αστικές περιοχές, την πολύ υψηλή αναλογία ιατρών και την πολύ χαμηλή αναλογία νοσηλευτών προς τον πληθυσμό και τη μαζική φυγή ειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού στο εξωτερικό,
- 6) η καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας τα τελευταία χρόνια.

Πίνακας 1. Εξέλιξη των κυριότερων δεικτών του κοινωνικοοικονομικού και υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα (μετάφραση από Beletsioti & Niakas, 2019)⁵⁰

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ρυθμός ανάπτυξης ΑΕΠ (ετήσιος %) *	5,8	5,1	0,6	5,7	3,3	-0,3	-4,3	-5,5	-9,1	-7,3	-3,2	0,7	-0,3	-0,2
Άτομα σε κίνδυνο φτώχειας/κοινωνικό αποκλεισμό (%) **	32,9	30,9	29,4	29,3	28,3	28,1	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7	36,0	35,7	35,6
Δείκτης GINI **	34,7	33,0	33,2	34,3	34,3	33,4	33,1	32,9	33,5	34,3	34,4	34,5	34,2	34,2
Ανεργία **	9,7	10,6	10,0	9,0	8,4	7,8	9,6	12,7	17,9	24,5	27,5	26,5	24,9	23,6
Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη υγείας (€) ***	829	854	1007	1130	1180	1196	1388	1342	1119	1022	861	759	778	838
Κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη υγείας (€) ***	514	548	625	643	728	854	637	601	574	514	514	528	535	525
Προσδόκιμο ζωής ***	79,3	79,4	79,7	79,9	79,7	80,3	80,4	80,7	80,8	80,7	81,4	81,5	81,1	81,5
Αυτοκτονίες ανά 100000 άτομα ***	3,3	3,0	3,4	3,3	2,8	3,1	3,2	3,1	3,9	4,2	4,5	4,7	4,4	-
Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16+ με πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας **	-	-	52,0	51,6	53,5	52,2	51,3	50,1	50,6	47,0	46,0	44,8	44,3	45,0
Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16+ με ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρική εξέταση λόγω προβλημάτων κόστους, μεταφοράς, αναμονής**	-	-	-	-	-	5,4	5,5	5,5	7,5	8,0	9,0	10,9	12,3	13,1

*Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα, ** Πηγή: Eurostat, ***Πηγή: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

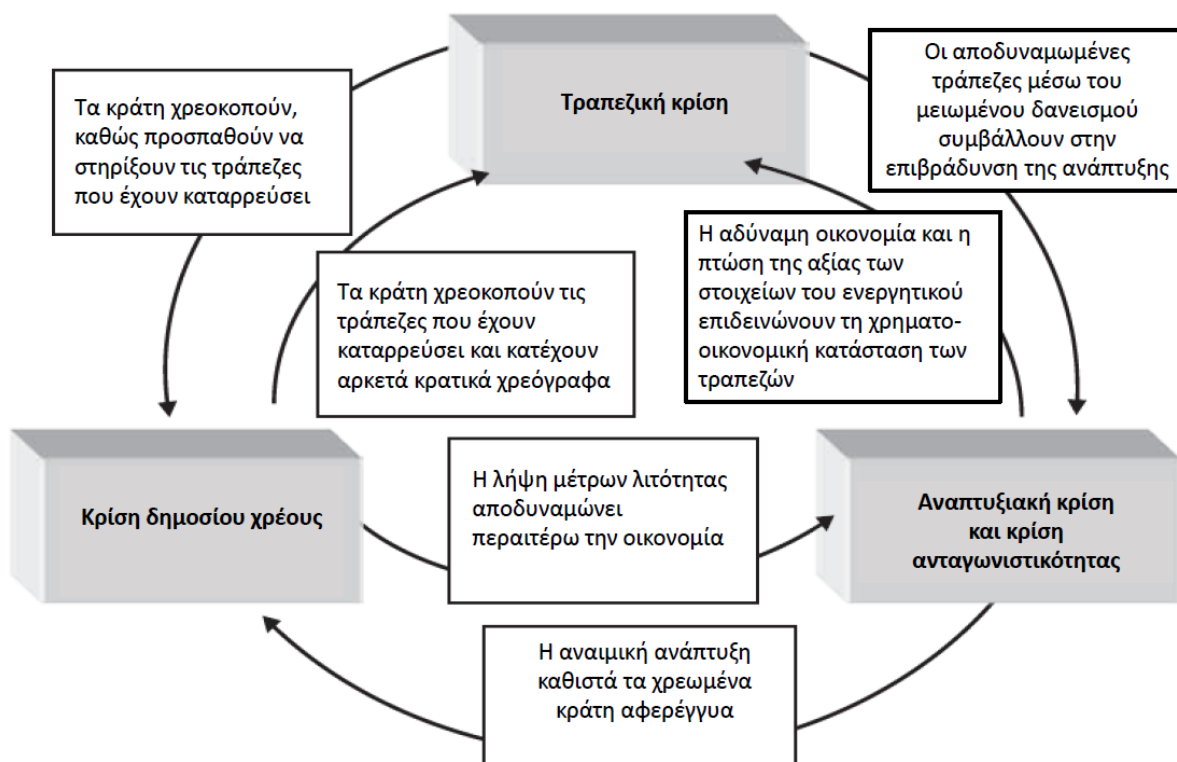
2.2.2. Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Στα τέλη του 2009 η Ελλάδα εισήλθε σε μία μακρά περίοδο βαθιάς οικονομικής ύφεσης με δυσμενή αντίκτυπο σε όλες τις εκφάνσεις της πολιτικής και κοινωνικοοικονομικής ζωής της χώρας. Η οικονομική αυτή κρίση έχει τις ρίζες της σε μία σειρά χρόνιων διαρθρωτικών παθογενειών του ελληνικού πολιτικού και οικονομικού συστήματος και στη διεθνή κρίση του 2008. Συγκεκριμένα, το στρεβλό και εσωστρεφές παραγωγικό πρότυπο, σε συνδυασμό με τον υπερδανεισμό, δημόσιο και ιδιωτικό, και την αύξηση του κόστους εργασίας, μείωσαν την ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας, οδήγησαν σε συνεχή δημοσιονομικά ελλείμματα και διόγκωση του δημοσίου χρέους.⁵³

Παράλληλα, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 επιδείνωσε τις διαχειριστικές αδυναμίες και τα χρονίζοντα προβλήματα και πυροδότησε μία κρίση χρέους, που στην πράξη αντανάκλα την κρίση ανταγωνιστικότητας, που έπληττε τη χώρα από τις προηγούμενες δεκαετίες και που εντάθηκε με την είσοδο της χώρας στην Οικονομική Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ). Τέλος, το πελατειακό πολιτικό σύστημα, η κακοδιαχείριση, η έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών, η διαφθορά και η έλλειψη πολιτικής βούλησης συνέβαλλαν διαχρονικά και καταλυτικά στην προοδευτική επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης κατά τη μεταπολιτευτική περίοδο, ενώ και η ένταξη στην ΟΝΕ χωρίς να πληρούνται ουσιαστικές προϋποθέσεις, όπως τα σχετιζόμενα με το δημοσιονομικό έλλειμμα και την ανταγωνιστικότητα κριτήρια, συνετέλεσαν προς την ίδια κατεύθυνση μετά το 2001.⁵³⁻⁵⁶

Σε αυτό το πλαίσιο ο εκτροχιασμός των δημοσιονομικών μεγεθών, το αβέβαιο μέλλον της ελληνικής οικονομίας και η αμφισβήτηση της εγκυρότητας των ελληνικών στατιστικών στοιχείων δημιούργησαν ένα έλλειμμα εμπιστοσύνης, που οδήγησε σε υποβάθμιση της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας και επακόλουθη κρίση ρευστότητας, προκαλώντας μία σοβαρή κρίση δημοσίου χρέους και κατ' επέκταση μια γενικευμένη πολιτική και κοινωνικοοικονομική κρίση.^{53,57}

Σε γενικές γραμμές η κρίση στην Ελλάδα και την Ευρωζώνη γενικότερα έχει περιγραφεί από τον Shambaugh το 2012 ως συνισταμένη τριών αλληλένδετων κρίσεων, που αφορούσαν το τραπεζικό σύστημα, το δημόσιο χρέος, τον τομέα της ανάπτυξης και της ανταγωνιστικότητας⁵⁸ και το πλέγμα των αλληλεπιδράσεων αυτών συνοψίζεται σχηματικά στην εικόνα 12.



Εικόνα 12. Η τριπλή κρίση στην Ευρωζώνη (μετάφραση από: Shambaugh, 2012).⁵⁸

2.2.3. Η απάντηση στην κρίση-Τα προγράμματα διάσωσης

Οι παρεμβάσεις του κράτους για την υπέρβαση της κρίσης και την αποκατάσταση της χρηματοπιστωτικής ισορροπίας και σταθερότητας συνίστανται κυρίως στην εφαρμογή πολιτικών λιτότητας και τη σύναψη τριών δανειακών συμβάσεων για χρηματοδότηση από την Τρόικα ύψους 110, 130 και 86 δισεκατομμυρίων € το 2010, το 2012 και το 2015 αντίστοιχα.⁵⁹⁻
⁶¹ Το 2012 παράλληλα συμφωνήθηκε αναδιάρθρωση του δημοσίου ελληνικού χρέους με μείωσή του κατά 107 δισεκατομμύρια € (από τα 350 στα 240 κατά προσέγγιση) με εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα (Private Sector Involvement - PSI).^{60, 62-64}

Ως Τρόικα επικράτησε να αποκαλείται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ένα τριμερές συλλογικό όργανο λήψης αποφάσεων αποτελούμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), που λειτούργησε ως μηχανισμός στήριξης των χωρών που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση.⁶⁵

Οι χώρες στις οποίες εφαρμόστηκαν τα σχετικά προγράμματα διάσωσης ανέλαβαν την υποχρέωση τήρησης των μνημονιακών δεσμεύσεων και υλοποίησης των προβλεπόμενων μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής. Τα προγράμματα διάσωσης δομήθηκαν στη βάση τριών πυλώνων:⁶⁶

- α. Ο πρώτος πυλώνας αφορούσε τη δημοσιονομική προσαρμογή με στόχο τη μείωση των ελλειμμάτων και του χρέους για την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των αγορών και τη μείωση του κόστους δανεισμού. Επιτεύχθηκε με μέτρα λιτότητας, δηλαδή μείωση του μισθολογικού κόστους, των συντάξεων και άλλων δαπανών και αύξηση των φορολογικών επιβαρύνσεων.
- β. Ο δεύτερος πυλώνας αφορούσε τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποδοτική χρήση των πόρων και κατ' επέκταση την ανάπτυξη μέσω μεταρρυθμίσεων σχετικών με την απελευθέρωση της αγοράς εργασίας και ενέργειας, την απελευθέρωση διαφόρων επαγγελμάτων και υπηρεσιών, όπως οι μεταφορές, την προώθηση των ιδιωτικοποιήσεων κλπ.
- γ. Ο τρίτος πυλώνας αφορούσε την εσωτερική υποτίμηση και ρυθμίσεις που αποσκοπούσαν στην προώθηση της ανταγωνιστικότητας και της ανάπτυξης μέσω μείωσης του κόστους της παραγωγικής διαδικασίας, που επιχειρήθηκε κυρίως με μεταρρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις για περισσότερη ευελιξία στον ιδιωτικό τομέα.

Οι βασικότεροι σταθμοί στο χρονικό της κρίσης σχετίζονται με τη σύναψη των δανειακών συμβάσεων και τις αστοχίες στην εφαρμογή των όρων των προγραμμάτων διάσωσης και συνοψίζονται στην εικόνα 13.⁶⁷ Τα βασικότερα μέτρα σε όλη αυτή τη διαδρομή είχαν περιοριστικό χαρακτήρα και αφορούσαν τη φορολογία, το δημόσιο τομέα, την κοινωνική πολιτική, τα εργασιακά ζητήματα και γενικότερα όλο το φάσμα της οικονομικής και κοινωνικής ζωής.^{55,68}



Εικόνα 13. Το χρονικό της οικονομικής κρίσης (μετάφραση και προσαρμογή από: European Stability Mechanism).⁶⁷

Ειδικότερα στον τομέα τη υγείας εφαρμόστηκε πληθώρα οικονομικών και διαρθρωτικών μέτρων:^{51,69,70}

Ανθρώπινο δυναμικό: Μειώσεις στους μισθούς και τα επιδόματα των υγειονομικών και περιορισμοί στις προσλήψεις τους.

Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις: Θεσμοθέτηση κεντρικού συστήματος προμηθειών (Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας, παραμένει σε φάση υλοποίησης), ενοποίηση των κύριων υγειονομικών ασφαλιστικών ταμείων (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας - ΕΟΠΥΥ) και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης (Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Αλληλεγγύης), υποχρεωτική ολοήμερη λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων, λειτουργική και διοικητική αναδιάταξη μονάδων υγείας με συνενώσεις ή καταργήσεις ή μεταβολές στον τρόπο χρήσης τους,⁵² καθιέρωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων, μεταρρύθμιση στο σύστημα λογιστικής των νοσοκομείων, βελτίωση των

διαδικασιών κοστολόγησης και εσωτερικού ελέγχου στις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), μείωση της χρηματοδότησης και θέσπιση ανώτατου ορίου των δημοσίων δαπανών για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ.⁵¹

Ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) ως μετεξέλιξη των δομών του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που αρχικά περιήλθαν στον έλεγχο του ΕΟΠΥΥ και στη συνέχεια των υγειονομικών περιφερειών. Στην παρούσα φάση, θεωρούνται ως επί το πλείστον Κέντρα Υγείας με τα Τοπικά και τα Περιφερειακά τους ιατρεία και σε αυτές τις Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) έχει προστεθεί ένα υποσύστημα που δομικά βασίζεται σε πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια και αποτελείται από τομείς ΠΦΥ με εισαγωγικό επίπεδο τις τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ). Οι τελευταίες είναι Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στελεχώνονται από ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας και σε αυτές κεντρικό ρόλο έχει ο οικογενειακός γιατρός.⁷¹⁻⁷³

Φαρμακευτική πολιτική: Θεσπίστηκαν και εφαρμόστηκαν το ανώτατο όριο για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η μείωση στο Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ) των φαρμάκων και η εφαρμογή νέων μεθόδων τιμολόγησης, που αποσκοπούσαν στη μείωση των τιμών τους, η μείωση του μικτού κέρδους για τους χονδρεμπόρους φαρμάκων και τα φαρμακεία, η εισαγωγή της θετικής και της αρνητικής λίστας φαρμάκων, η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το ανώτατο όριο συνταγογράφησης, η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, η υποχρέωση καταβολής ενός ευρώ ανά συνταγή εκ μέρους των ασθενών υπέρ του ΕΟΠΥΥ και η αύξηση της διεύθυνσης των γενοσήμων φαρμάκων. Επίσης, καθιερώθηκε για τα φαρμακεία το λεγόμενο rebate, δηλαδή η επιστροφή ποσού από τα φαρμακεία υπέρ των ασφαλιστικών φορέων σε μηνιαία βάση, το οποίο αποτελεί κλιμακούμενο ποσοστό επί των ποσών που οφείλουν οι ασφαλιστικοί φορείς στα φαρμακεία από την εφαρμογή των μεταξύ τους συμβάσεων και την εκτέλεση των συνταγών των ασφαλισμένων, ενώ rebate (έκπτωση, ποσό επιστροφής ως ποσοστό επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων) καθιερώθηκε και για τις φαρμακευτικές εταιρείες υπέρ των δημοσίων νοσοκομείων.⁷¹ Επιπλέον, θεσπίστηκε clawback, αρχικά για την εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (το 2012) και αργότερα και για τη νοσοκομειακή (το 2016), το οποίο λειτουργεί ως αυτόματος μηχανισμός επανείσπραξης όταν η φαρμακευτική δαπάνη υπερβαίνει το προϋπολογιζόμενο ποσό και αποδίδεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους ασφαλιστικούς φορείς και τα νοσοκομεία.^{74,75}

Θεσμοθέτηση και υλοποίηση της καθολικής πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας το 2016, καθώς η σχετική νομοθετική πρόβλεψη του 2014 δεν είχε εφαρμοστεί λόγω διοικητικών εμποδίων.^{76,77}

Αλλα μέτρα που θεσμοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν ήταν η αύξηση στις χρεώσεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών εργαστηρίων, η εκ μέρους των ασθενών υποχρέωση καταβολής του ποσού των είκοσι πέντε ευρώ για κάθε εισαγωγή για νοσηλεία σε Νοσοκομείο του ΕΣΥ,⁷⁸ που αργότερα καταργήθηκε.⁵¹

2.3. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

2.3.1. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στον κοινωνικό τομέα και στα κοινωνικά φαινόμενα στην Ελλάδα

Η Ελλάδα επλήγη από την κρίση περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Το εθνικό χρέος αυξήθηκε από 105,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) το 2007 σε 142,8% το 2010 και 152,6% το τρίτο τρίμηνο του 2011. Για να χρηματοδοτήσει το χρέος του, το Ελληνικό Δημόσιο προσέφυγε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα για δανεισμό με αυστηρούς όρους, συμπεριλαμβανομένης της δραστηκής μείωσης των δημοσίων δαπανών. Οι περιοριστικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν ήταν υπεύθυνες για την παρατεταμένη και βαθιά οικονομική ύφεση με την οποία ήρθε αντιμέτωπη η χώρα. Όσον αφορά τον κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο, αυτός συνοψίζεται στις εξής επιπτώσεις:

- 1) Σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Μάλιστα το συγκεκριμένο ποσοστό αυξήθηκε από 27,6% το 2009 σε 36% το 2014.²² Με βάση τα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό κυμαινόταν στο 27,6% το 2009, ανήλθε στο 36% το 2014 και έκτοτε ακολουθεί σταθερά πτωτική τάση εξακολουθώντας όμως να κυμαίνεται σε επίπεδα ανώτερα των προ κρίσης τιμών και συγκεκριμένα στο 30% του πληθυσμού για το 2019.⁷⁹ Τα τελευταία έτη, και κυρίως από το 2009 και έπειτα, παρατηρείται αύξηση της υλικής στέρησης, δηλαδή αύξηση του πληθυσμού που, εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών, στερείται τεσσάρων τουλάχιστον

βασικών αγαθών και υπηρεσιών από τα εννέα που συνθέτουν το δείκτη υλικής στέρησης. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης υλικής στέρησης περιγράφει την οικονομική αδυναμία για:

- α. Ανταπόκριση στην πληρωμή πάγιων λογαριασμών, όπως ενοίκιο ή δόση στεγαστικού δανείου, λογαριασμοί (ηλεκτρικού ρεύματος, νερού κλπ.), δόσεις για οικιακή, διακοπές ή άλλα καταναλωτικά προϊόντα.
- β. Πληρωμή μιας εβδομάδας διακοπών.
- γ. Υψηλής ποιότητας διατροφή, δηλαδή διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλο, κρέας, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας.
- δ. Αντιμετώπιση έκτακτων και αναγκαίων δαπανών αξίας που διαφέρει μεταξύ των ετών και που κυμαινόταν στα 384 ευρώ για το οικονομικό έτος 2015 και στα 500 ευρώ για το 2009.
- ε. Χρήση τηλεφωνικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών κινητής τηλεφωνίας και της κατοχής κινητού τηλεφώνου.
- στ. Έγχρωμη τηλεόραση.
- ζ. Πλυντήριο ρούχων.
- η. Ιδιωτικής χρήσης επιβατηγό αυτοκίνητο.
- θ. Ικανοποιητική θέρμανση.

Με βάση το δείκτη αυτό, το ποσοστό του πληθυσμού που, λόγω οικονομικής δυσχέρειας, εμφάνισε στέρηση σε τουλάχιστον τέσσερις από τις εννέα διαστάσεις ανερχόταν σε 22,4% το 2016, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 11,0% το 2009.⁸⁰

- 2) Ο δείκτης άνισης κατανομής του εισοδήματος (συντελεστής Gini) μετά τους φόρους και τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ανερχόταν στο 33,1% το 2009 και στα χρόνια που ακολούθησαν, και ιδίως μετά το 2010, που άρχισαν να γίνονται αισθητές οι επιδράσεις των μέτρων λιτότητας, η ανισότητα αυξήθηκε και έφτασε στη μέγιστη τιμή της το 2014 (34,5%). Στη συνέχεια ο δείκτης ακολούθησε φθίνουσα πορεία και το 2019 έφτασε σε επίπεδα χαμηλότερα και από αυτά στα οποία κυμαινόταν πριν από την κρίση.⁷⁹ Αξίζει, δε, ως προς την ερμηνεία του δείκτη Gini, να αναφερθεί ότι:
 - α. αποτελεί δείκτη της οικονομικής ανισότητας, που δεν επηρεάζεται από τις ακραίες τιμές της κατανομής του εισοδήματος,
 - β. μετρά την κατανομή του εισοδήματος συγκρίνοντας την εισοδηματική κατάσταση κάθε νοικοκυριού με την εισοδηματική κατάσταση όλων των άλλων και
 - γ. εκφράζεται ως ποσοστιαία τιμή μεταξύ 0 – που αντιπροσωπεύει την τέλεια εισοδηματική ισότητα– και 100 – που αντιπροσωπεύει την τέλεια εισοδηματική

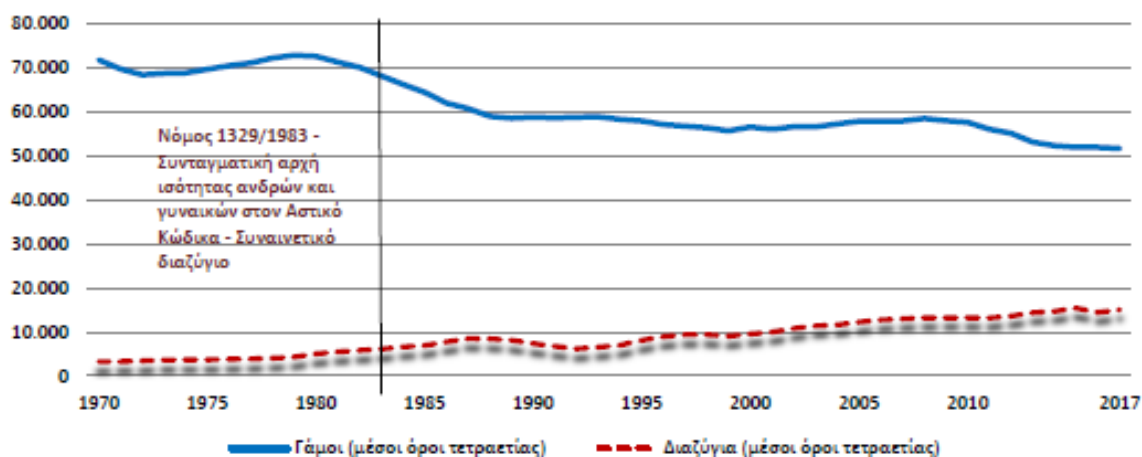
ανισότητα, κατάσταση στην οποία όλα τα εισοδήματα συσσωρεύονται σε ένα μόνο νοικοκυριό.

3) Όσον αφορά τους δείκτες απασχόλησης και ανεργίας σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ):

- α. Το ποσοστό απασχόλησης, δηλαδή το ποσοστό του πληθυσμού σε εργάσιμη ηλικία που απασχολείται, ανερχόταν σε 60,85% το 2009, έφτασε στο ναδίρ του το 2013 (48,80%) και έπειτα σημείωσε μικρή ανοδική πορεία και πλέον είναι στο 56,50%.⁸¹
- β. Το ποσοστό ανεργίας, δηλαδή το ποσοστό του πληθυσμού σε εργάσιμη ηλικία που δεν απασχολείται, είναι διαθέσιμο για εργασία και βρίσκεται σε φάση αναζήτησης εργασίας, από 9,63% το 2009 ανήλθε στο 27,49% το 2013 και πλέον ακολουθεί πτωτική τάση, εξακολουθεί όμως να είναι υπερδιπλάσιο των επιπέδων του 2009 (19,31% το 2018).⁸²
- γ. Το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων, δηλαδή το ποσοστό των ατόμων που ήταν άνεργα για δώδεκα μήνες ή περισσότερους επί του συνόλου των ανέργων, από 40,35% το 2009 έφτασε στο 73,50% το 2014 και εξακολουθεί να κυμαίνεται σε επίπεδα άνω του 70% εκφράζοντας τη μη αποδοτική λειτουργία της αγοράς εργασίας.⁸³
- δ. Το ποσοστό ανεργίας των νέων, που ορίζεται ως ο αριθμός των ανέργων ηλικίας 15-24 ετών και εκφράζεται ως ποσοστό του εργατικού δυναμικού των νέων, από 19,51% το 2009 ανήλθε σε 53,85% το 2013 και από τότε μειώνεται με βραδύ ρυθμό. Εξακολουθεί, ωστόσο, να κυμαίνεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (33,81% το 2019).⁸⁴

Πάντως, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης η σημαντικότερη εξέλιξη όσον αφορά τη δομή της απασχόλησης και της αγοράς εργασίας ήταν η επέκταση των ευέλικτων μορφών απασχόλησης, που ως στρατηγική μείωσης του κόστους εργασίας, σε ένα περιβάλλον χωρίς επενδύσεις και τεχνολογικό εκσυγχρονισμό, αποτυγχάνει να βελτιώσει την παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητα, με αποτέλεσμα να επιδεινώνονται οι δείκτες απασχόλησης, να αυξάνεται η ανεργία και σε τελική ανάλυση να επιδεινώνονται οι συνθήκες διαβίωσης ενός σημαντικού τμήματος του πληθυσμού.⁸⁵ Επιπλέον, η υψηλή ανεργία, και ιδίως η μακροχρόνια ανεργία, σε συνδυασμό με τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση της κρίσης, οδήγησαν σε εντεινόμενη εργασιακή ανασφάλεια, εισοδηματική επισφάλεια, αύξηση της έντασης εργασίας, ελαστικοποίηση και αναποτελεσματική νομική προστασία των εργασιακών σχέσεων και αύξηση των ανισοτήτων μεταξύ των διαφορετικών ομάδων των εργαζομένων με περαιτέρω αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα της εργασίας και εν τέλει στο βιοτικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής ακόμα και του απασχολούμενου εργατικού δυναμικού.⁸⁶

- 4) Μολονότι δεν υπάρχει σύστημα παρακολούθησης των αστέγων της επικράτειας, οι μεμονωμένες χρονικά και γεωγραφικά προσπάθειες καταγραφής, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξήθηκε ο αριθμός των αστέγων.^{87,88} Περιστασιακές έρευνες αναφέρουν αύξηση των αστέγων όλων των κατηγοριών με βάση την ευρωπαϊκή τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία (ETHOS), που περιλαμβάνει τέσσερις κύριες κατηγορίες αστέγων: άτομα που ζουν στο δρόμο, άτομα που δεν διαθέτουν κατοικία και φιλοξενούνται σε ξενώνες και διάφορες δομές κοινωνικής φροντίδας, άτομα που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης και άτομα που διαβιούν σε ανεπαρκή και ακατάλληλα καταλύματα.^{89,90} Σε κάθε περίπτωση οι εκάστοτε καταγραφές και εκτιμήσεις αποτελούν ενδείξεις μόνο για την έκταση του φαινομένου^{87,88} και το πιο σημαντικό εγχείρημα για τη μελέτη του φαινομένου είναι η σύγκριση στοιχείων που παρουσιάζονται σε μελέτη των εθνικών πολιτικών για την καταπολέμηση της έλλειψης στέγης και του αποκλεισμού από την κατοικία στην Ευρώπη, που δημοσιεύτηκε το 2019 και διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής, η οποία παρέχει πληροφορίες ενδεικτικές των διαστάσεων του προβλήματος, με βάση δεδομένα που προήλθαν από την απογραφή πληθυσμού-κατοικιών του 2011, από την Ειδική Γραμματεία για την Κοινωνική Ένταξη των Ρομά για το έτος 2017 και από πιλοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2018 σε 7 αστικούς δήμους της χώρας από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.⁹¹
- 5) Από τα διαθέσιμα μέχρι το 2017 στατιστικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για τα διαζύγια και με βάση το δείκτη «αναλογία διαζυγίων ανά 1.000 κατοίκους», διαπιστώνεται μικρή αύξησή τους τα έτη από το 2012 και μετά, κυρίως της τάξης του 8-25%, αν και το 2016 μετά από μία σημαντική πτώση στην τιμή 1 διαζύγιο ανά 1.000 κατοίκους, ο δείκτης εκτοξεύτηκε στο 1,8 το 2017.⁹² Όλα αυτά παρατηρούνται, ενώ ο αριθμός των γάμων ανά 1.000 κατοίκους από το 2008 και έπειτα κυμαίνεται σε επίπεδα χαμηλότερα του 2007 με μέσο όρο 4,9 γάμους ανά 1.000 κατοίκους για την περίοδο 2008-2017 και με την ψαλίδα μεταξύ γάμων και διαζυγίων ανά 1.000 κατοίκους να μειώνεται βαθμιαία και με αυξανόμενο ρυθμό μετά το 2007 και μέχρι το 2016 (εικόνα 14).⁹³



Εικόνα 14. Εξέλιξη γάμων και διαζυγίων από το 1970 έως το 2017 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2017).⁹³

6) Τέλος, τα στατιστικά στοιχεία για την εγκληματικότητα στο σύνολο της Ελληνικής επικράτειας καταδεικνύουν αύξησή της με αξιοσημείωτη μεταβολή στις απάτες (τετελεσμένες), που το 2010 κατέγραψαν μία αύξηση της τάξης του 46% σε σχέση με το 2009 και εξακολουθούν να κυμαίνονται σε υπερτριπλάσια επίπεδα σε σχέση με την περίοδο πριν από το 2008. Επίσης, τα συμβάντα επαιτείας αυξήθηκαν κατά 140% το 2013 σε σχέση με το 2012, κορυφώθηκαν το 2016 και εξακολουθούν να βρίσκονται στα επίπεδα του 2013, ενώ οι κλοπές και οι διαρρήξεις από 67.800 το 2008 αυξήθηκαν σε 72.658 το 2009, 90.939 το 2010, 96.295 το 2011, και έπειτα άρχισαν να φθίνουν για να φτάσουν σε επίπεδα παραπλήσια, αλλά ελαφρώς υψηλότερα, του 2009 από το 2013 και έπειτα. Όσον αφορά τις ληστείες, το 2009 αυξήθηκαν κατά 50% σε σχέση με το 2008, ενώ για τα έτη 2010-2012 ήταν σχεδόν διπλάσιες σε αριθμό σε σχέση με το 2008 και έπειτα ακολούθησαν πτωτική πορεία για να καταλήξουν σε επίπεδα όμοια με αυτά του 2009.⁹⁴

2.3.2. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας στην Ελλάδα

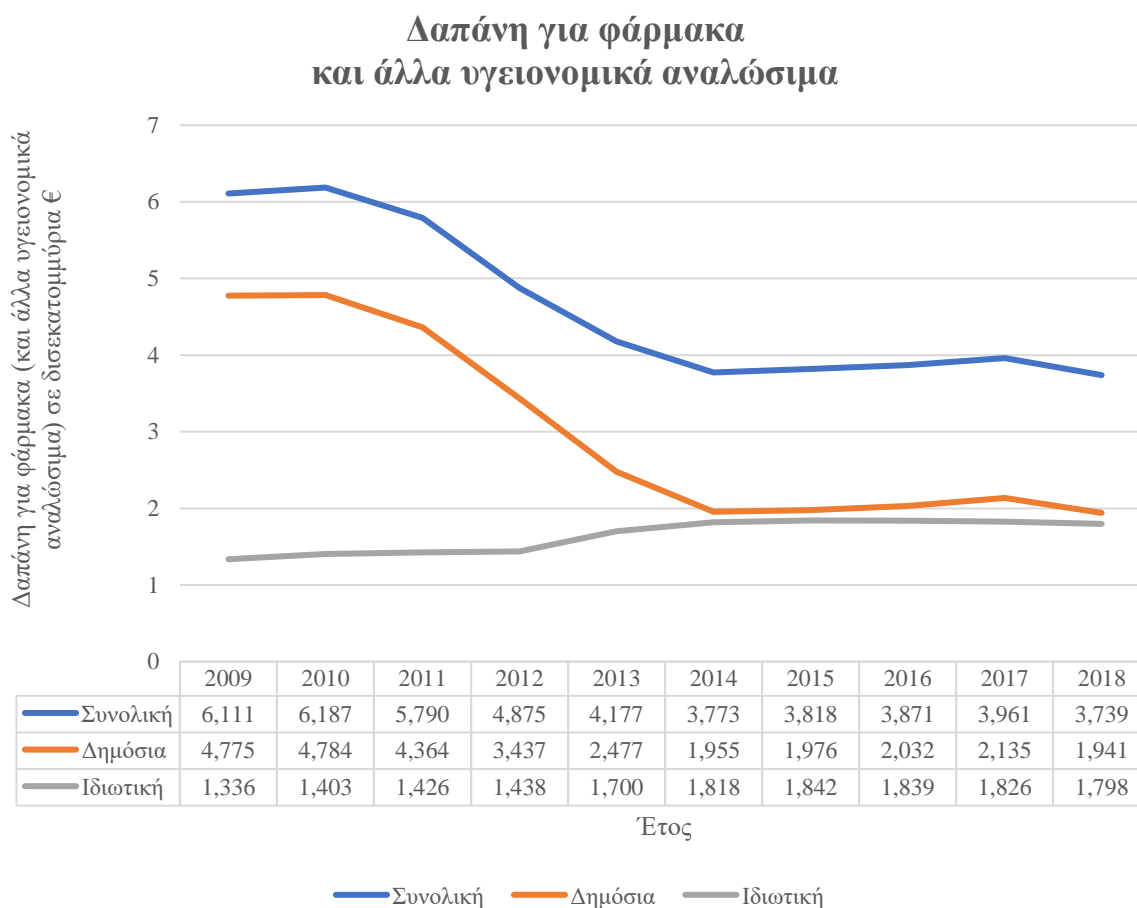
Πέραν των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων, ιδιαίτερα έντονες ήταν και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας. Οι εν λόγω επιπτώσεις εξετάζονται ενδελεχώς με τη χρήση δεικτών στο επόμενο κεφάλαιο, ωστόσο στο πλαίσιο αυτής της ενότητας, παρουσιάζονται οι συνέπειες για το σύστημα υγείας σε γενικές γραμμές. Συγκεκριμένα:

- 1) Μειώθηκε η χρηματοδότηση για την υγεία· η χρηματοδότηση που κατευθύνθηκε από τη Γενική Κυβέρνηση και τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης για τις δαπάνες υγείας από 15,3 περίπου δισεκατομμύρια € το 2009 έφτασε το 2014 σε 8,1 δισεκατομμύρια ευρώ.

Δηλαδή, η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία σχεδόν υποδιπλασιάστηκε στα χρόνια της κρίσης, έφτασε στο ναδίρ το 2014 και μέχρι το 2018 δεν υπερέβη τα 9 δισεκατομμύρια €, με βάση τα στατιστικά στοιχεία και τις χρονοσειρές που δημοσιεύει η ΕΛΣΤΑΤ για τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, σε εθνικό επίπεδο, ακολουθώντας το εγχειρίδιο Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2011 του ΟΟΣΑ, στο πλαίσιο εκπλήρωσης των υποχρεώσεων της απέναντι στη Eurostat και τον ΟΟΣΑ.⁹⁵

- 2) Η μείωση της χρηματοδότησης είχε σημαντικό αντίκτυπο στη δομή και τη λειτουργία της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής φροντίδας, λόγω ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς, που έπρεπε να καλυφθούν, αλλά κυρίως λόγω ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό, σε φάρμακα, χειρουργικά υλικά και γενικότερα αναλώσιμα είδη, εξοπλισμό, υποδομές κλπ.^{43,96-99} Επιπλέον, εκτός από την έλλειψη προσωπικού λόγω συνταξιοδοτήσεων, περιορισμού των προσλήψεων και μαζικής φυγής επιστημόνων στο εξωτερικό, όσοι παρέμειναν ως εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ήρθαν αντιμέτωποι με σημαντική υποβάθμιση του βιοτικού τους επιπέδου, λόγω μείωσης μισθού, στο δημόσιο κυρίως τομέα, αλλά και λόγω των φορολογικών μέτρων που μείωσαν το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών.⁴³
- 3) Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω των ιδιαίτερα αυστηρών μέτρων, που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο άσκησης της φαρμακευτικής πολιτικής και αναλύονται στην ενότητα για την απόκριση στην κρίση. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι τα κυριότερα από αυτά τα μέτρα αφορούσαν την τιμολόγηση και συγκεκριμένα τη μείωση στις τιμές των φαρμάκων, προκειμένου να καταστεί εφικτή η πρόσβαση των ασθενών σε αυτά και να μειωθεί το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία, την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη και τον έλεγχο της συνταγογράφησης.^{97,100} Ωστόσο, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι στρατηγικές υπέρμετρης μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ενδέχεται να προκαλέσουν μείζονες στρεβλώσεις στο σύνολο των παροχών υγείας, καθώς αυξάνεται η οικονομική επιβάρυνση για τα νοικοκυριά και επιπλέον ελλοχεύει ο κίνδυνος της υποκατάστασης της φαρμακευτικής περίθαλψης από την παρεμβατική και περισσότερο δαπανηρή νοσοκομειακή φροντίδα με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας.¹⁰¹ Μάλιστα, με βάση τις χρονοσειρές της ΕΛΣΤΑΤ και το ΣΛΥ, το σύνολο της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης για φάρμακα (συνταγογραφούμενα και μη) και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, που στο εξής θα αποκαλείται «φαρμακευτική» δαπάνη, διαμορφώθηκε κατά προσέγγιση στα 3,8 δισεκατομμύρια το 2014, σημειώνοντας μείωση της τάξης του 38,3% σε σύγκριση με το 2009 (6,1 δισεκατομμύρια). Στο ακόλουθο διάγραμμα (εικόνα 15), που σχεδιάστηκε με

βάση τα προαναφερθέντα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, παρατηρείται η μείωση της συνολικής και της δημόσιας «φαρμακευτικής» δαπάνης και η σημαντική αύξηση της ιδιωτικής «φαρμακευτικής» δαπάνης, που τείνει να εξισωθεί με τη δημόσια.¹⁰²



Εικόνα 15. Η εξέλιξη της δαπάνης για φάρμακα και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα υλικά.

Για να γίνει, δε, αντιληπτή, η σχετική μεταβολή στα χρόνια της κρίσης και η οικονομική επιβάρυνση των πολιτών στο πλαίσιο των πολιτικών εξορθολογισμού της «φαρμακευτικής» δαπάνης, ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην Ελλάδα η δημόσια «φαρμακευτική» δαπάνη το 2009 αντιπροσώπευε περίπου το 78% και το 2014 το 52% της αντίστοιχης συνολικής δαπάνης, ενώ για την Ισπανία και την Πορτογαλία τα ποσοστά της δημόσιας επί της συνολικής «φαρμακευτικής» δαπάνης ήταν κατά προσέγγιση 76% και 60% αντίστοιχα το 2009 και το 2014 ήταν 61% και 55% αντίστοιχα. Συνεπώς στις συγκεκριμένες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, που επίσης επλήγησαν από την ύφεση, η ποσοστιαία μεταβολή της επιβάρυνσης των νοικοκυριών ήταν αρκετά μικρότερη από αυτή

των Ελλήνων και επιπλέον, στην Ιρλανδία, όπου η κρίση αντιμετωπίστηκε ταχύτατα και με επιτυχία, η συνεισφορά του δημοσίου τομέα στη «φαρμακευτική» δαπάνη παρέμεινε σε σταθερά και υψηλά επίπεδα καθόλη την περίοδο 2011-2018 για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα στη Eurostat, καλύπτοντας περίπου το 76-79% της συνολικής «φαρμακευτικής» δαπάνης.¹⁰³

Πίνακας 2. Εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης για φάρμακα και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου (και στην Ιρλανδία).

Δημόσια δαπάνη ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης για φάρμακα και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ελλάδα	78,13	77,32	75,37	70,50	59,30	51,80	51,76	52,50	53,90	51,90
Ισπανία	75,87	75,38	71,02	65,04	60,60	61,47	59,06	56,77	58,45	-
Ιταλία	-	-	-	60,36	60,72	61,75	62,99	63,69	62,26	62,56
Κύπρος	-	21,67	23,13	21,62	22,58	19,64	16,86	16,96	15,67	17,00
Μάλτα	-	-	-	-	-	39,83	36,70	43,04	46,96	-
Πορτογαλία	59,82	63,05	55,40	53,46	55,26	54,60	54,66	54,17	54,90	-
Ιρλανδία	-	-	77,52	78,75	76,74	76,37	76,54	76,91	77,74	78,68

Επιπροσθέτως, οι μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων οδήγησαν σε έλλειψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, καθώς οι φαρμακοβιομηχανίες, ακόμα και οι εγχώριες, προτίμησαν να διαθέσουν την παραγωγή τους σε χώρες με υψηλότερες τιμές. Μπροστά στον κίνδυνο της απόσυρσης φαρμακευτικών προϊόντων εκ μέρους των φαρμακευτικών εταιρειών και κατ' επέκταση της διακοπής της θεραπείας των ασθενών, επιβλήθηκε προσωρινά περιορισμός των παράλληλων εξαγωγών για την προστασία της δημόσιας υγείας.^{43,104} Προκειμένου να αναδειχθεί η αναγκαιότητα μεταρρυθμίσεων αναφορικά με τις πολιτικές για τα φάρμακα, αρκεί να επισημανθεί ότι οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας από το 2000 μέχρι το 2009 παρουσίασαν μέσο όρο αύξησης 6,9% κατ' έτος, ενώ ο μέσος όρος του αντίστοιχου ποσοστού για το σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ κυμαινόταν στο 4% και μάλιστα για την ίδια περίοδο ο μέσος ρυθμός αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης κυμαινόταν στο 11,1%, ήταν ο μεγαλύτερος από όλους τους αντίστοιχους μέσους ρυθμούς αύξησης των χωρών του ΟΟΣΑ και σχεδόν τριπλάσιος του αντίστοιχου μέσου του συνόλου των χωρών του ΟΟΣΑ,

που βρισκόταν στο 3,5%.¹⁰⁵ Επιπλέον, το 2007 η Ελλάδα ήταν πρώτη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ στην κατά κεφαλή κατανάλωση αντιβιοτικών¹⁰⁶ και από το 2003 και έπειτα η φαρμακευτική δαπάνη αφορά το 25%-32% των συνολικών για την υγεία δαπανών, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε. δεν υπερβαίνει το 15%, με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα της Eurostat.¹⁰⁷ Τέλος, η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων επί της συνολικής εγχώριας αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα ήταν χαμηλή και συγκεκριμένα κυμαινόταν στο 26% το 2010, ενώ σε άλλες χώρες, όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο ή η Ολλανδία το αντίστοιχο ποσοστό κυμαινόταν σε επίπεδα πολύ κοντά ή και πάνω από 60%.¹⁰⁶ Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι ο ΕΟΠΥΥ απέτυχε στις διαπραγματεύσεις για τις οφειλές του προς τους φαρμακοποιούς, κατέστησε αναπόφευκτη την ανάληψη νομοθετικών πρωτοβουλιών για την αύξηση του επιπέδου διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά, προκειμένου να μειωθεί το κόστος και να διευθετηθούν οι εκκρεμείς απαιτήσεις.⁴³ Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία για τα χρέη του ΕΟΠΥΥ τον Αύγουστο και το Σεπτέμβριο του 2012 όφειλε στους φαρμακοποιούς 120 και 125 εκατομμύρια € αντίστοιχα, χωρίς τις εκκρεμείς εκκαθαρίσεις από τους λογαριασμούς του 2011. Αυτό το έλλειμμα αξιοπιστίας, θα μπορούσε να θεωρηθεί, ότι ενίσχυσε την άρνηση των φαρμακοποιών να διανείμουν δωρεάν φάρμακα στους ασφαλισμένους και να αποζημιωθούν εκ των υστέρων και επέβαλε την κρατική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.⁴³

- 4) Υπάρχουν αναφορές που υποστηρίζουν ότι, παρόλες τις περικοπές στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, οι εισαγωγές και η χρήση της δημόσιων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης,¹⁰⁸ ενώ η χρήση των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα μειώθηκε, κατά 20% περίπου.¹⁰⁹
- 5) Ενδεικτική της επιδείνωσης της κατάστασης και των επιδόσεων (performance) του συστήματος υγείας, από την άποψη της πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης στους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών, και της επιδείνωσης και της διεύρυνσης των ανισοτήτων είναι η αύξηση των άτυπων πληρωμών.^{110,111}
- 6) Οι περικοπές σε κοινωνικές παροχές, όπως τα επιδόματα αναπηρίας, έπληξαν τις ευάλωτες ομάδες που τις λάμβαναν⁴³ και οδήγησαν ένα υψηλό ποσοστό των Ελλήνων (περίπου 30%) στην αναζήτηση βοήθειας από μη κυβερνητικές οργανώσεις, που κατέληξαν να υποκαθιστούν αντί να συμπληρώνουν το ρόλο του κράτους.¹¹²
- 7) Σε σχέση με τις πολιτικές προαγωγής της υγείας και στο πλαίσιο μείωσης της δημόσιας χρηματοδότησης, περιορίστηκαν διάφορες δράσεις, όπως τα προγράμματα για την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ή ακόμα και για την πρόληψη των

μεταδιδόμενων ή χρόνιων νοσημάτων.⁴³ Για παράδειγμα η μείωση της χρηματοδότησης για τον έλεγχο της μετάδοσης του HIV^{112,113} συνδυάστηκε με την αύξηση της εμφάνισης νέων μολύνσεων κατά 69% το 2012, σε σύγκριση με αυτές που αναφέρθηκαν το 2010,¹¹⁴ και μάλιστα για το δωδεκάμηνο του 2012, σχεδόν οι μισές νέες περιπτώσεις (44%) ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ενώ η συγκεκριμένη ομάδα οροθετικών το πρώτο δεκάμηνο του 2010 αφορούσε μόλις το 2,3 % των πρωτοδηλωθέντων οροθετικών ατόμων.^{115,116} Αποτέλεσμα της οικονομικής δυσχέρειας και της επακόλουθης αποδιοργάνωσης και ανεπάρκειας των πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας ήταν και η επί τα χείρω μεταβολή της δυναμικής διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων, πέραν του AIDS, όπως της φυματίωσης, της ελονοσίας, της λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου, της γρίπης κλπ., ιδίως κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης.^{98,117} Η σχετική επιδείνωση διαπιστώνεται από τα στοιχεία της επίπτωσης των λοιμωδών νοσημάτων στις Ετήσιες Επιδημιολογικές Εκθέσεις του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας¹¹⁸ και αντανακλάται στην αύξηση του δείκτη θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, ο οποίος σχεδόν τριπλασιάστηκε από το 2014 και μετά, σε σύγκριση με τα πρώτα χρόνια της κρίσης, όπως φαίνεται και στον πίνακα 3, που συνοψίζει τους θανάτους από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα σε απόλυτο αριθμό κατ' έτος (στήλη 2) και σε αριθμό ανά 100.000 πληθυσμού (στήλες 3 και 4).¹¹⁹ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στη στήλη 3 παρουσιάζεται ο αδρός δείκτης θνησιμότητας, ο οποίος και μας ενδιαφέρει στην προκειμένη περίπτωση για την παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξης των θανάτων από τα λοιμώδη νοσήματα στον ελληνικό πληθυσμό, ενώ στη στήλη 4 παρουσιάζεται ο προτυποποιημένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας, που δεν επηρεάζεται από την ηλικιακή σύνθεση ενός πληθυσμού και είναι χρήσιμος για συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών, πχ. για διακρατικές συγκρίσεις ή για τη συγκριτική μελέτη ενός πληθυσμού σε διαφορετικές χρονικές περιόδους.¹²⁰

- 8) Τέλος, ένας σημαντικός δείκτης των επιπτώσεων της κρίσης είναι η έντονη αύξηση των ψυχικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της μείζονος κατάθλιψης. Τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τον υπερδιπλασιασμό του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης το 2011 (8,2%) και το 2009 (6,8%) σε σχέση με το 2008 (3,3%)^{121,122} και συσχέτισαν τον κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικών επεισοδίων με την παρατεταμένη έκθεση σε δυσμενείς οικονομικές συνθήκες.¹²² Εκδήλωση των προκαλούμενων ψυχικών επιπτώσεων αποτελεί και η αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% το πρώτο εξάμηνο του 2011, σε σύγκριση με την ίδια περίοδο το 2010,^{43,123} φαινόμενο που αναδεικνύεται και στην ενότητα μελέτης των επιπτώσεων της κρίσης με τη χρήση δεικτών και που έχει συνδεθεί

Πίνακας 3. Η εξέλιξη των θανάτων από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα στην Ελλάδα (πηγή στοιχείων: OECD.Stat).¹¹⁹

Έτος	Αριθμός θανάτων από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	Αριθμός θανάτων από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα ανά 100.000 πληθυσμού (crude rates)	Αριθμός θανάτων από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα ανά 100.000 πληθυσμού (standardised rates)
(1)	(2)	(3)	(4)
2007	969	8,8	8,3
2008	1091	9,8	9,0
2009	1200	10,8	9,4
2010	1076	9,7	8,1
2011	970	8,7	7
2012	1114	10,1	7,7
2013	1149	10,5	7,7
2014	3515	32,3	22,3
2015	3936	36,4	24,0
2016	4013	37,2	23,9

με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας, τη μείωση των εισοδημάτων και την αδυναμία κάλυψης των οικονομικών υποχρεώσεων.¹²⁴

Συνοψίζοντας σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης και της δημοσιονομικής λιτότητας στους δείκτες υγείας, παρατηρήθηκαν έξαρση των αυτοκτονιών, των διαταραχών της ψυχικής υγείας και των μεταδιδόμενων ασθενειών, ενώ η μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία έχει περιορίσει σημαντικά την πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα. Ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης, της λιτότητας, της απορρύθμισης μέσω ελαχιστοποίησης της κρατικής παρέμβασης, της υπολειμματικής κοινωνικής προστασίας και της υποβάθμισης των μικρομεσαίων κοινωνικών στρωμάτων οδηγεί σε κλιμάκωση της κοινωνικής κρίσης γενικότερα και της υγειονομικής κρίσης ειδικότερα, όπως φαίνεται από τους επιδεινωμένους δείκτες υγείας και την περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για τον ολοένα αυξανόμενο πληθυσμό των λιγότερο προνομιούχων στρωμάτων.

Οι κυριότερες υγειονομικές προκλήσεις για τη χώρα είναι οι σχετιζόμενες με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση υγειονομικές ανισότητες, η διαρκώς επιδεινούμενη ψυχική υγεία των κατοίκων της, τα αναδυόμενα λοιμώδη νοσήματα και η αλλαγή του νοσολογικού

προφίλ του πληθυσμού, οι αυξανόμενες ανάγκες για φροντίδα υγείας των μεταναστών και η δυσμενής εξέλιξη ορισμένων δεικτών, όπως τα ποσοστά των καπνιστών, των υπέρβαρων και των παχύσαρκων, που θα αναδειχθούν μέσα από την επόμενη ενότητα με τη μελέτη των σχετικών δεικτών, αλλά και η αντιμετώπιση των χρόνιων αδυναμιών του συστήματος υγείας.

3. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας της Ελλάδας με δείκτες

Οι υγειονομικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της παρατεταμένης ύφεσης, εξαιτίας των περιοριστικών οικονομικών πολιτικών, αναδεικνύονται μέσα από τη μελέτη των δεικτών του τομέα υγείας, που σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) διακρίνονται σε δείκτες που αφορούν:¹²⁵

- 1) Το επίπεδο υγείας (health status) και περιλαμβάνουν το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας, την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα, τους τραυματισμούς, τους περιορισμούς στη λειτουργικότητα και τη δραστηριότητα γενικότερα.
- 2) Τους προσδιοριστές της υγείας (health determinants), που αφορούν τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές και στους οποίους ανήκουν το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία, η φυσική δραστηριότητα και γενικότερα οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα.
- 3) Τη φροντίδα υγείας (health care) και συγκεκριμένα τις δαπάνες υγείας, τους χρησιμοποιούμενους πόρους (staff, facilities) και τις παρεχόμενες υπηρεσίες (hospital, ambulatory services).
- 4) Την ανικανότητα (disability) και περιλαμβάνουν τον επιπολασμό της, την ικανότητα για απασχόληση και τους φραγμούς για κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με στατική και εμμένουσα διαταραχή στο λειτουργικό επίπεδο.
- 5) Τη θνησιμότητα, συνολική και ανά αιτία θανάτου.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ οι δείκτες υγείας σχετίζονται κυρίως με:¹²⁶

- 1) Τη χρήση των υπηρεσιών υγείας
- 2) Το διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό και γενικότερα τους χρησιμοποιούμενους πόρους, ανθρώπινους και μη (health equipment, health resources)
- 3) Τους σχετιζόμενους με την υγεία «κινδύνους» (health risks) και

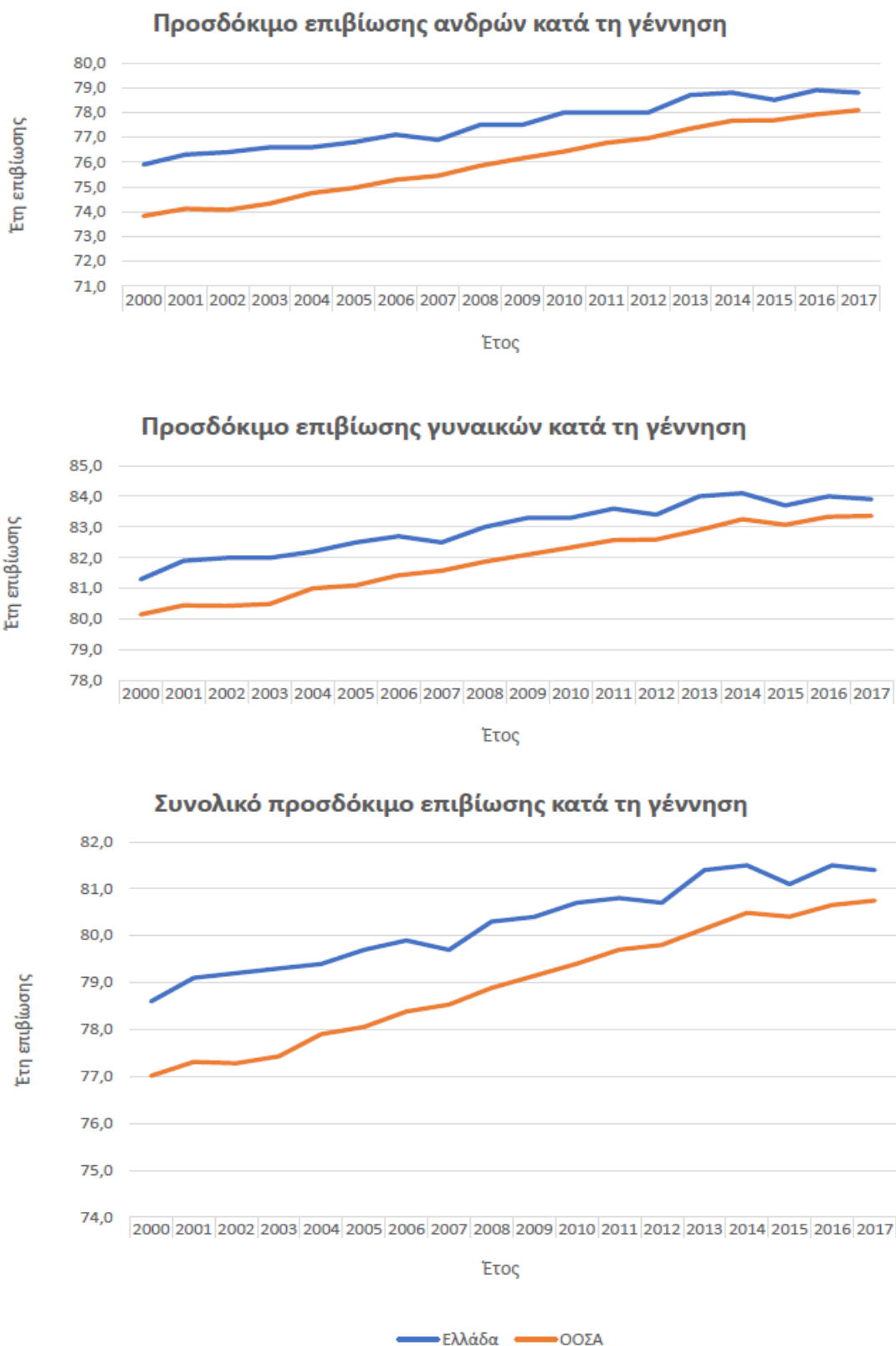
4) Το επίπεδο υγείας.

Προκειμένου να εξεταστούν οι υγειονομικές συνέπειες της ύφεσης, χρησιμοποιείται η βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, καθώς περιέχει πληρέστερες χρονοσειρές που επιτρέπουν τη διαχρονική παρακολούθηση και μελέτη των δεικτών υγείας της χώρας μας. Η ανάλυση θα βασιστεί στα δεδομένα των ετών 2000-2018, το οποίο είναι το έτος εξόδου από την κρίση με την παρατήρηση ότι κατά το χρόνο άντλησης των δεδομένων για ορισμένους δείκτες τα πιο πρόσφατα στοιχεία αφορούν το 2017 ή το 2016 και ότι κατά την ανάλυση έμφαση δίνεται στα έτη μετά το 2008.

Τον Μάιο του 2020 αντλήθηκαν στοιχεία από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ (OECD.Stat) και χρησιμοποιήθηκαν για τη διαγραμματική αποτύπωση των βασικότερων δεικτών υγείας. Τα σχετικά γραφήματα κατασκευάστηκαν με τη χρήση της εφαρμογής Microsoft Excel, απεικονίζουν την εξέλιξη των δεικτών για την Ελλάδα συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (που στο κείμενο εφεξής αναφέρεται και ως μέσος όρος του ΟΟΣΑ ή για λόγους απλοποίησης ως δείκτης του ΟΟΣΑ). Η μελέτη των διαγραμμάτων αναδεικνύει τις τάσεις των δεικτών, παρέχει ενδείξεις για τον υγειονομικό αντίκτυπο της κρίσης και με βάση τις κατηγορίες των δεικτών συνοψίζεται σε αντίκτυπο που αφορά το επίπεδο υγείας, τις συμπεριφορές του ατόμου, που αποτελούν προσδιοριστές του επιπέδου υγείας, τη χρηματοδότηση και τις δαπάνες, τις υποδομές, την τεχνολογία, τους ανθρώπινους και τους λοιπούς πόρους που χρησιμοποιούνται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

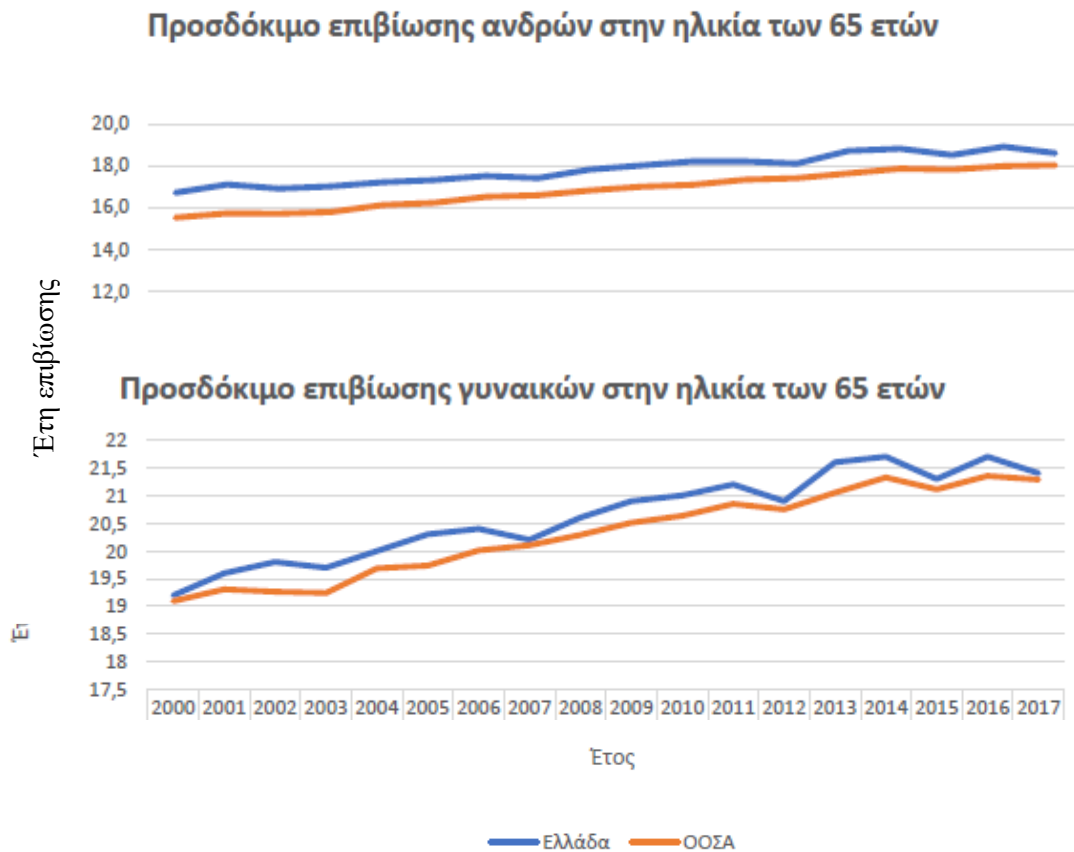
3.1. Ο αντίκτυπος στο επίπεδο υγείας

Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση για τους άνδρες, τις γυναίκες, αλλά και για το σύνολο, αυξάνει με φθίνοντα ρυθμό, όπως φαίνεται στο γράφημα της εικόνας 16 και μολονότι είναι σταθερά ανώτερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ η «ψαλίδα» των συγκρινόμενων καμπυλών διαρκώς «κλείνει». Επιπλέον, από τη σύγκριση των εκδόσεων “Health at a Glance” των ετών 2009 και 2019 του ΟΟΣΑ,^{127,128} ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση για τα έτη 2007 και 2017, διαπιστώνεται υποχώρηση της θέσης της χώρας μας στην κατάταξη των χωρών-μελών του -συγκεκριμένα από τη 19η στην 21η θέση. Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη ότι το 2017 η κατάταξη αριθμούσε περισσότερα μέλη, η χώρα μας δεν φαίνεται να ακολουθεί τη γενικότερη βελτίωση του επιπέδου υγείας.



Εικόνα 16. Η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση για άνδρες, γυναίκες και για το σύνολο

Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, όπως διαπιστώνεται από την εικόνα 17 παρατηρείται παρόμοια εξέλιξη και σταθερά η καμπύλη της χώρας μας προσεγγίζει αυτή του μέσου όρου των μελών του ΟΟΣΑ.

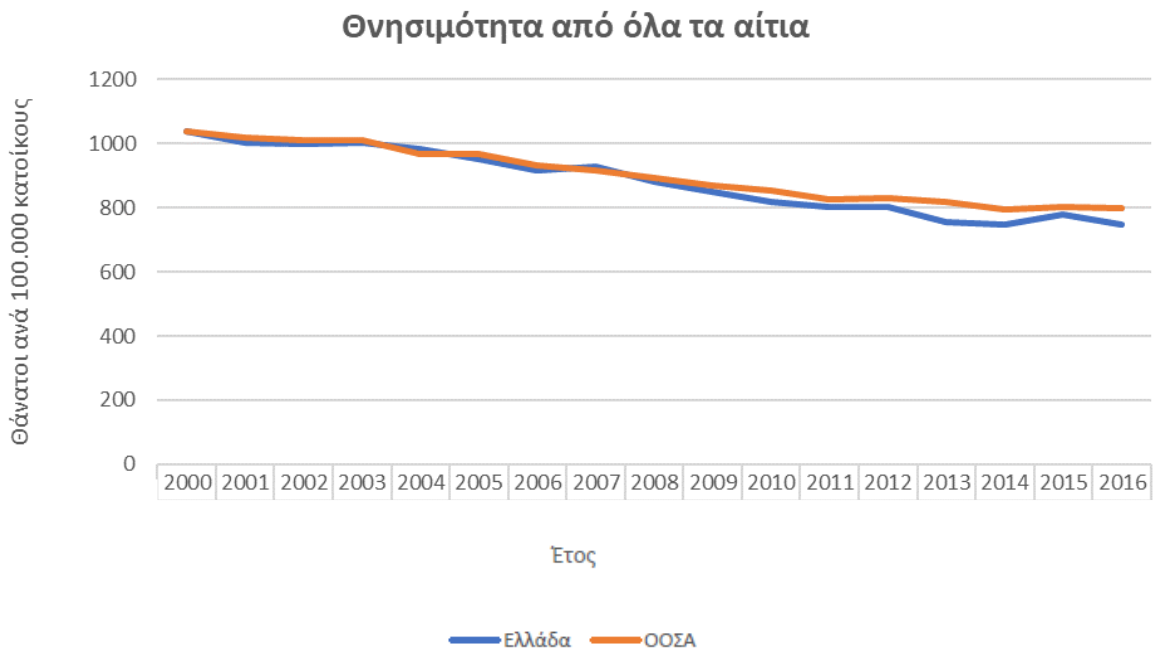


Εικόνα 17. Η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών για άνδρες και γυναίκες

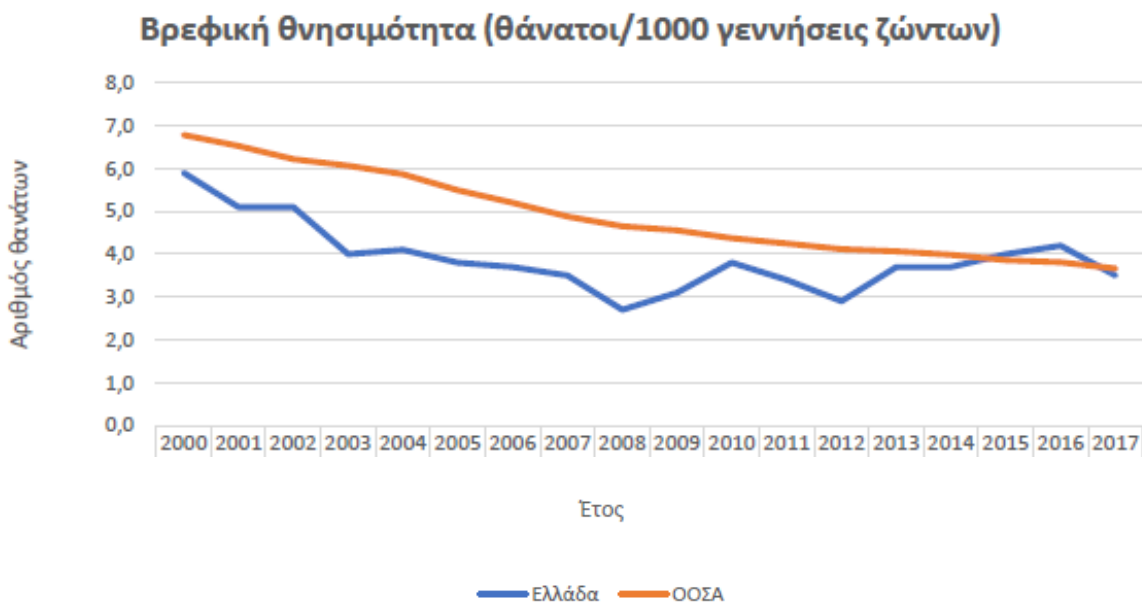
Σχετικά με τη θνησιμότητα, στην εικόνα 18 φαίνεται ότι οι συνολικοί θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού μετά το 2008 είναι αισθητά χαμηλότεροι από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και συνεπώς παρατηρείται ευνοϊκότερη εξέλιξη του συγκεκριμένου δείκτη στην Ελλάδα.

Ωστόσο, από το διάγραμμα της βρεφικής θνησιμότητας (εικόνα 19) διαπιστώνεται η αρνητική επίδραση της κρίσης, αφού η διαρκώς φθίνουσα πορεία ανακόπτεται το 2008 και ο δείκτης εξακολουθεί να βρίσκεται σε επίπεδα χειρότερα από την προ κρίσης εποχή μέχρι και το 2017. Μάλιστα στην κατάταξη του ΟΟΣΑ η Ελλάδα υποχώρησε από τη 10η θέση το 2007 στην 24η το 2017. Αξίζει, δε, να σημειωθεί ότι η αύξηση της νεογνικής και της βρεφικής θνησιμότητας

αποτελεί διεθνώς μία από τις συνηθέστερα διαπιστωμένες αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης.¹²⁹

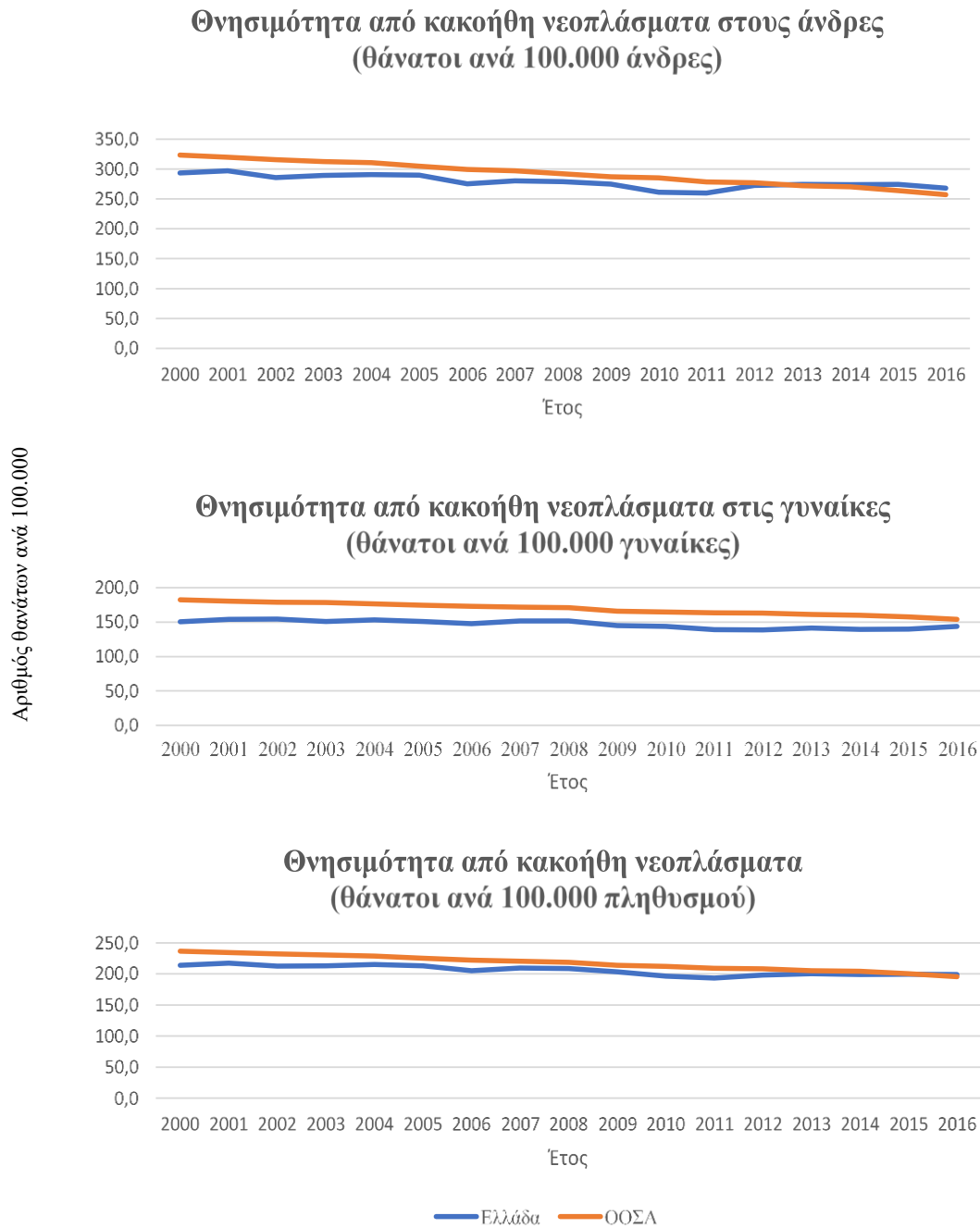


Εικόνα 18. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από όλα τα αίτια



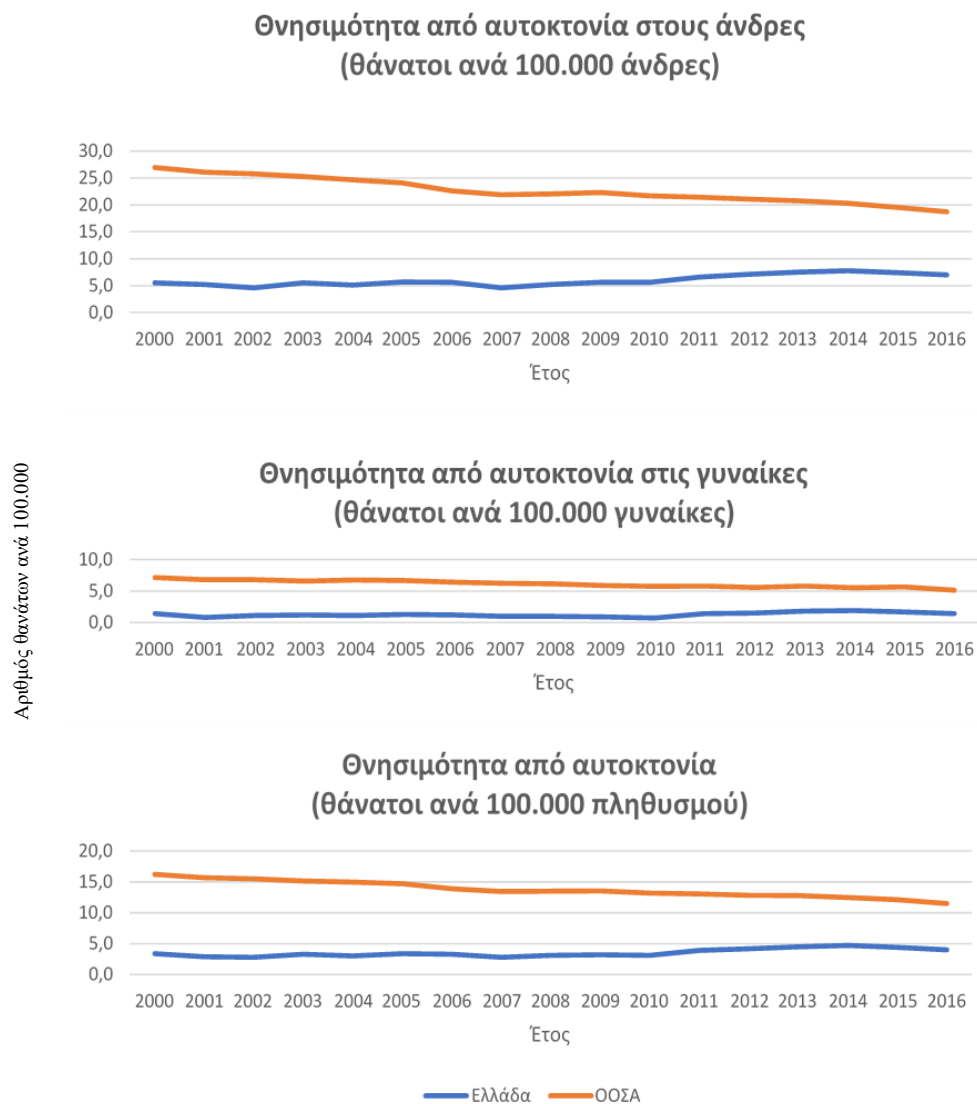
Εικόνα 19. Η εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας

Όσον αφορά τη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα, από την εικόνα 20 φαίνεται ότι και στους άνδρες και στις γυναίκες και στο σύνολο μειώνεται με επιβραδυνόμενο ρυθμό σε βαθμό τέτοιο που, ενώ ήταν σε ευνοϊκότερη θέση από με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, πλέον μόνο για τις γυναίκες ισχύει το σχετικό πλεονέκτημα. Η απώλεια θέσεων στην κατάταξη του ΟΟΣΑ, όπως προκύπτει και από τη σύγκριση των εκδόσεων “Health at a Glance” του 2009 και του 2019,^{127,128} επιβεβαιώνει την δυσχερή θέση της χώρας σε σχέση με άλλες.



Εικόνα 20. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα σε άνδρες, γυναίκες και συνολικά

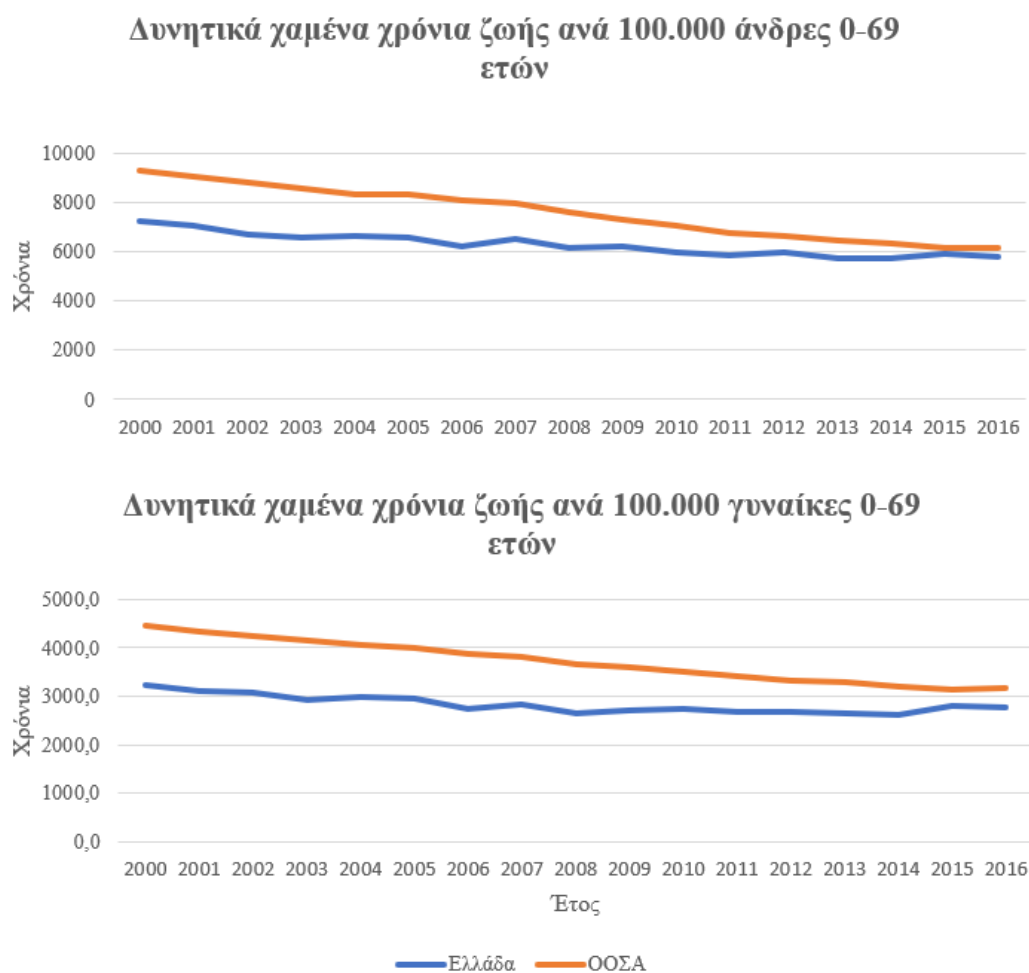
Επίσης, οι θάνατοι από αυτοκτονία, αν και παραμένουν πολύ κατώτεροι του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, από το 2008 έως το 2014 σημειώνουν 50% περίπου αύξηση για τους άνδρες και για το σύνολο και 90% (και 170% αύξηση το 2014 σε σχέση με το 2010) για τις γυναίκες (εικόνα 21), ενώ από τις ετήσιες αναφορές του ΟΟΣΑ για το 2009 και το 2019 προκύπτει ότι η Ελλάδα υποχώρησε από την πρώτη θέση στην κατάταξη το 2006 στην τρίτη το 2016.



Εικόνα 21. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από αυτοκτονία σε άνδρες, γυναίκες και συνολικά

Ως προς τα δυνητικά χαμένα χρόνια ζωής (Potential Years of Life Lost, εικόνα 22), από το 2008, την έως τότε καθοδική πορεία του δείκτη για τις γυναίκες στην Ελλάδα διαδέχεται μία ελαφρά ανοδική πορεία, σε αντίθεση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, που διαρκώς μειώνεται, ενώ αναφορικά με τους άνδρες, μετά το 2008 παρατηρούνται αυξομειώσεις του

δείκτη για την Ελλάδα και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ φθίνει σταθερά και τείνει να πέσει σε επίπεδα κατώτερα της χώρας μας. Αυτή η τάση εκφράζει τη δυσμενή εξέλιξη για το επίπεδο υγείας της χώρας μας σε σχέση με τη γενικότερη βελτίωση.

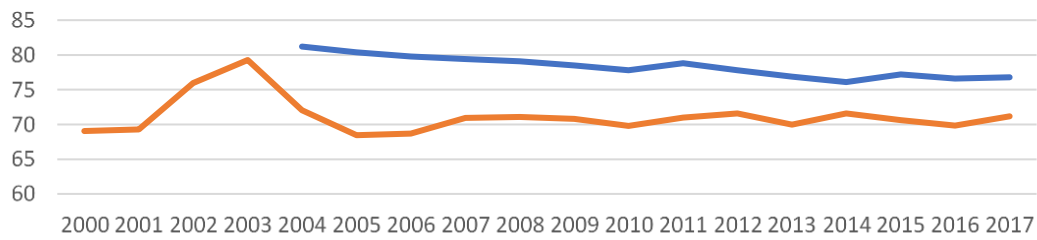


Εικόνα 22. Η εξέλιξη του δείκτη «δυνητικά χαμένα χρόνια ζωής» για άνδρες και γυναίκες 0-69 ετών

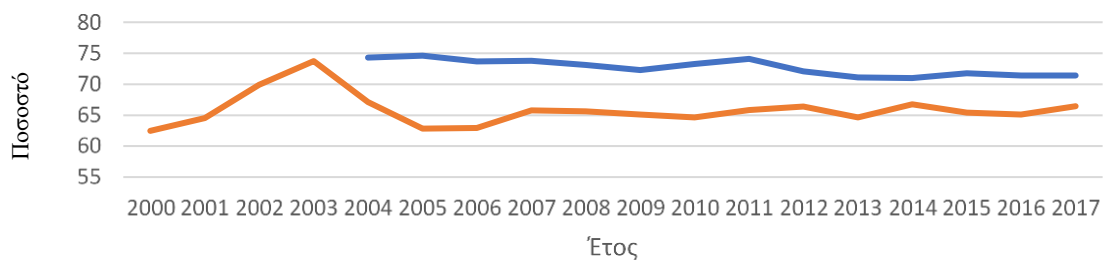
Ως προς το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας των κατοίκων της Ελλάδας, το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν καλή ή πολύ καλή κατάσταση υγείας:

1. Στα άτομα άνω των 15 ετών κάθε φύλου, αλλά και στο σύνολο (εικόνα 23), ακολουθεί σταθερά μειούμενη τάση, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ κινείται στα ίδια περίπου επίπεδα από το 2007 και έπειτα. Παρόλη την πτωτική, όμως, πορεία εξακολουθεί να κυμαίνεται σε αρκετά ανώτερα επίπεδα σε σχέση με το μέσο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ.

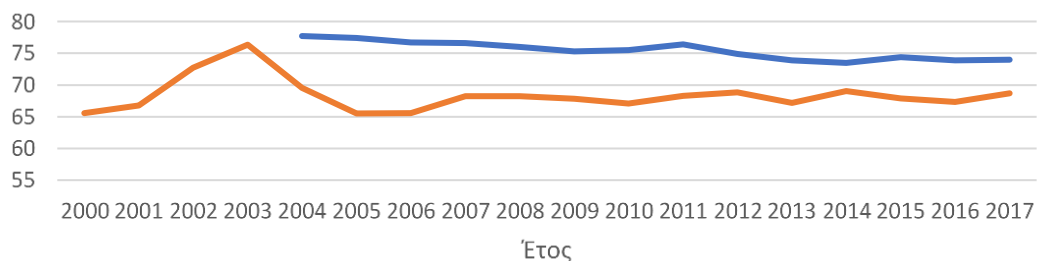
Ποσοστό των ανδρών 15 ετών και άνω με καλό/πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας



Ποσοστό των γυναικών 15 ετών και άνω με καλό/πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας



Ποσοστό του πληθυσμού 15 ετών και άνω με καλό/πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας

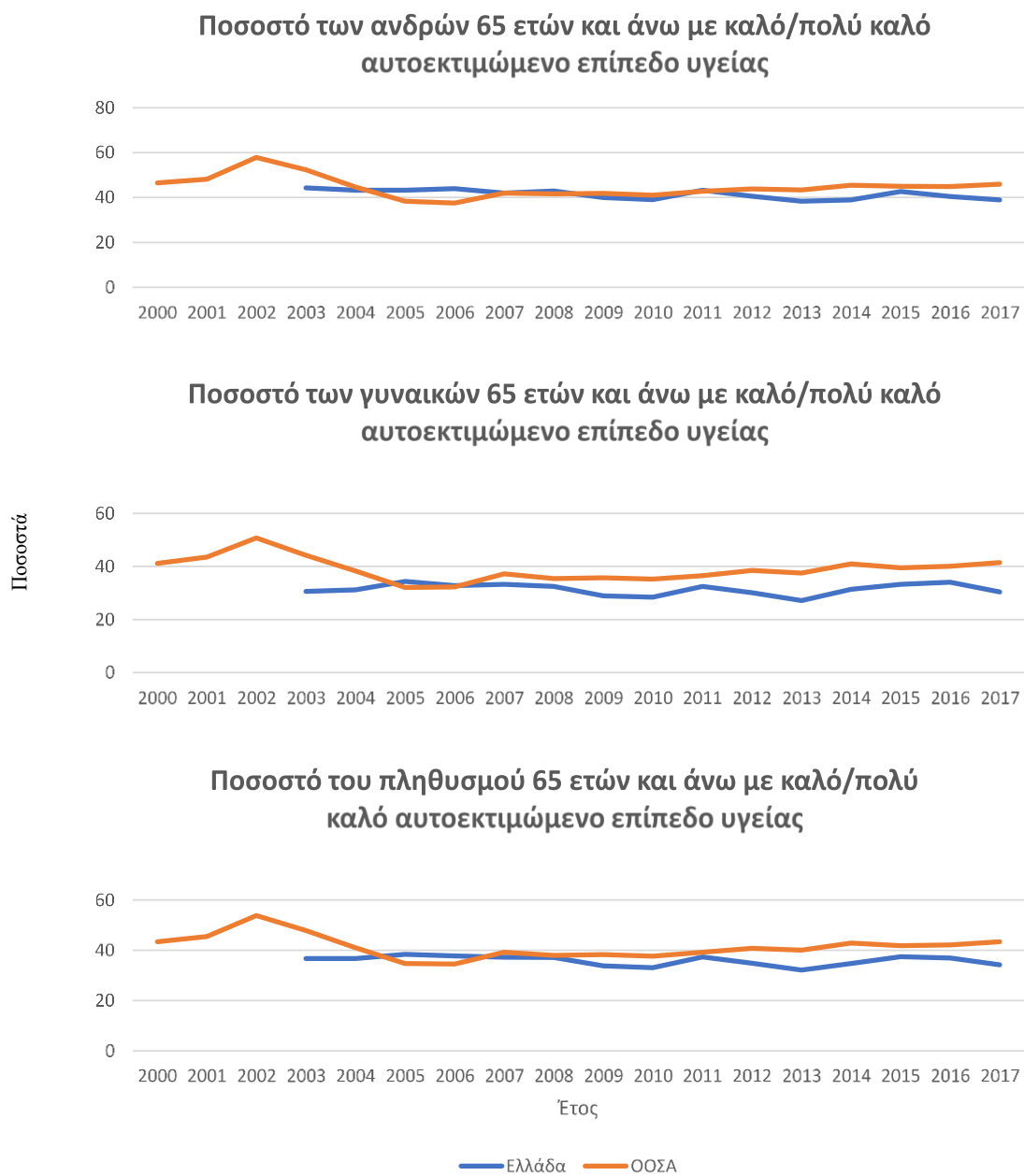


— Ελλάδα — ΟΟΣΑ

Εικόνα 23. Η εξέλιξη του ποσοστού των ανδρών, των γυναικών και του συνόλου ηλικίας άνω των 15 ετών με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας

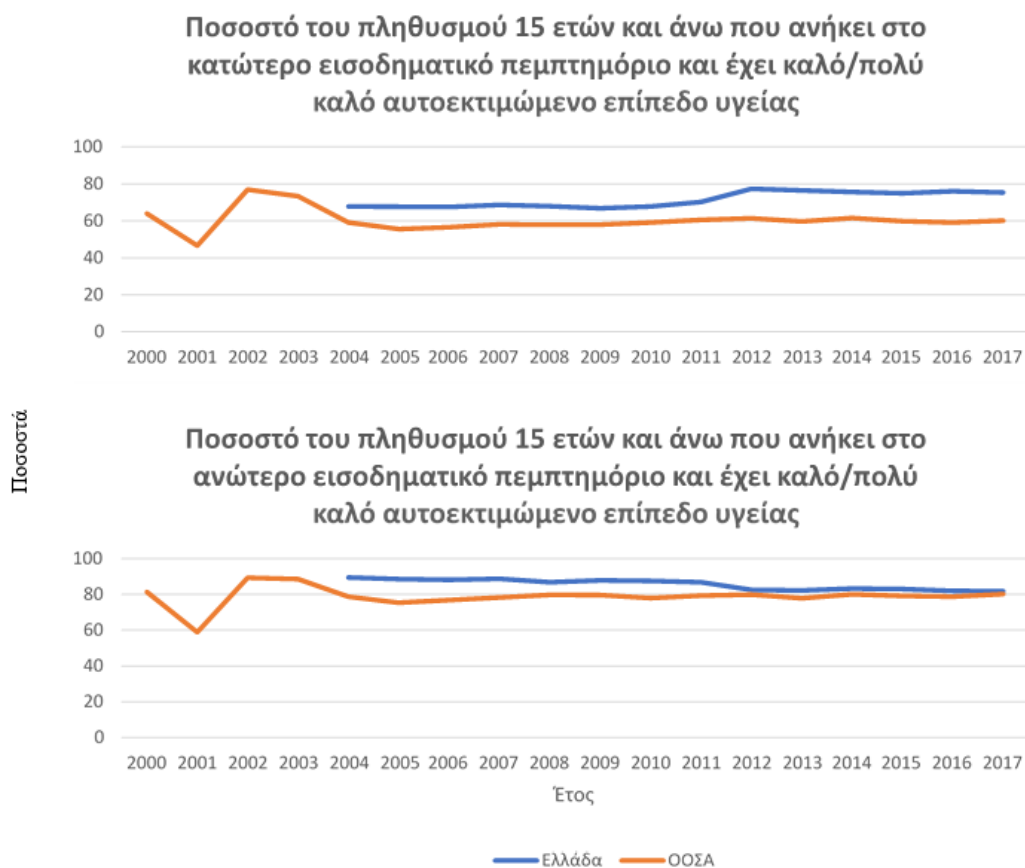
2. Στα άτομα άνω των 65 ετών (εικόνα 24), εμφανίζεται ελάχιστα και σταθερά μειούμενο από το 2009 και μετά για τους άνδρες και για το σύνολο, ενώ για τις γυναίκες σημειώνει μικρή πτώση το 2009 και το 2010. Το αντίστοιχο μέσο ποσοστό των χωρών του ΟΟΣΑ από το 2005, που έφτασε στο ναδίρ του, αυξάνεται διαρκώς και πλέον είναι εννέα μονάδες

ανώτερο του αντίστοιχου ποσοστού της Ελλάδας. Διαφαίνεται, λοιπόν, η ανάγκη να ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για αυτή την ηλικιακή ομάδα, καθώς το χάσμα των ποσοστών όσων αναφέρουν καλό/πολύ καλό επίπεδο υγείας ανάμεσα στους άνω των 15 και άνω των 65 ετών, υπερβαίνει τις 30 μονάδες για την Ελλάδα, ενώ η διαφορά των αντίστοιχων μέσων όρων του ΟΟΣΑ κυμαίνεται στις 20-25 μονάδες. Συνεπώς, υπάρχουν περιθώρια μείωσης του χάσματος που παρατηρείται στην Ελλάδα, εφαρμόζοντας πολιτικές που θα στοχεύουν σε άλλους προσδιοριστές της υγείας, πέραν της ηλικίας.



Εικόνα 24. Η εξέλιξη του ποσοστού των ανδρών, των γυναικών και του συνόλου ηλικίας άνω των 65 ετών με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας

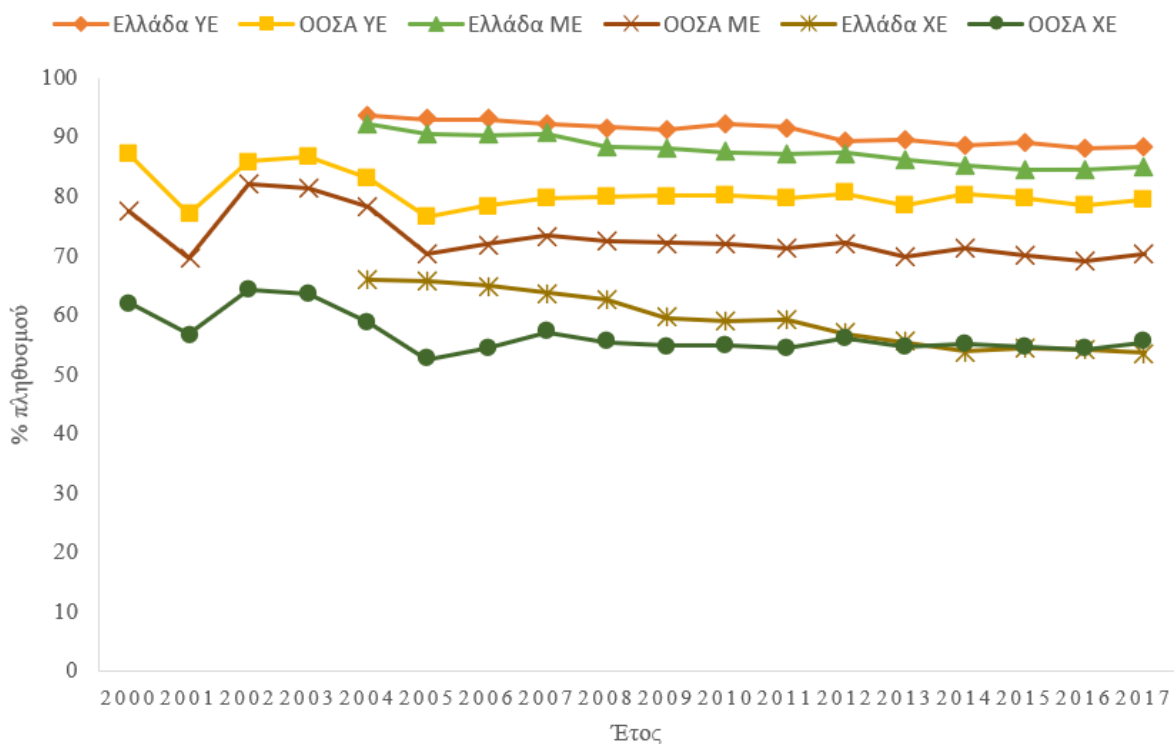
3. Στα άτομα άνω των 15 ετών, που ανήκουν στο κατώτερο εισοδηματικό πεμπτημόριο, σημειώνει μικρή σταθερή αύξηση και η σχετική καμπύλη είναι ανώτερη και παράλληλη αυτής του μέσου όρου των μελών του ΟΟΣΑ, ενώ σε αυτά του ανώτερου εισοδηματικού πεμπτημορίου μειώνεται και η αντίστοιχη καμπύλη προσεγγίζει αυτήν του μέσου όρου του ΟΟΣΑ. Μάλιστα, στη χώρα μας, το χάσμα αυτού του ποσοστού μεταξύ των δύο πεμπτημορίων κυμαίνεται σε μονοψήφιο αριθμό εκατοστιαίων μονάδων υποδηλώνοντας ότι η σχετιζόμενη με το εισόδημα υγειονομική ανισότητα είναι λιγότερο σοβαρή σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Φαίνεται, λοιπόν, ότι στα χρόνια της κρίσης επηρεάστηκε δυσμενέστερα η υγεία των εισοδηματικά λιγότερο ευάλωτων ομάδων, πιθανά λόγω του μεγαλύτερου εργασιακού άγχους, της αυξημένης φορολογικής επιβάρυνσης και της μειωμένης ενδεχομένως ικανότητας για κάλυψη των υγειονομικών αναγκών με ίδιες πληρωμές. Η εικόνα 25 είναι πιθανό να υποδηλώνει ότι η Ελλάδα ακολούθησε για τις οικονομικά ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού πολιτικές αντίστοιχες με αυτές των άλλων χωρών, ενώ για τις λιγότερο ευπαθείς ομάδες εφαρμόστηκαν συγκριτικά αυστηρότερες πολιτικές λιτότητας.



Εικόνα 25. Η εξέλιξη του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 15 ετών του κατώτερου και του ανώτερου εισοδηματικού πεμπτημορίου με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας

4. Στα άτομα άνω των 15 ετών και με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης (εικόνα 26), το ποσοστό των εχόντων καλό ή πολύ καλό επίπεδο υγείας είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και μόνο μετά το 2013 για τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο κινείται σε επίπεδα κατώτερα ή όμοια με το μέσο όρο των άλλων χωρών. Μάλιστα, οι κάτοικοι της Ελλάδας με μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο δηλώνουν καλή ή πολύ καλή υγεία σε ποσοστό υψηλότερο και από το μέσο ποσοστό του ΟΟΣΑ που αφορά τα άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Συνεπώς, με δεδομένο ότι στο γενικό πληθυσμό η χώρα μας κινείται αρκετά πάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, προκύπτει ότι είναι πιθανό τα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου άτομα να υπολείπονται ευκαιριών όσον αφορά την κοινωνική πολιτική και τη φροντίδα υγείας ειδικότερα.

Ποσοστό του πληθυσμού 15 ετών και με καλό/πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας ανά επίπεδο εκπαίδευσης

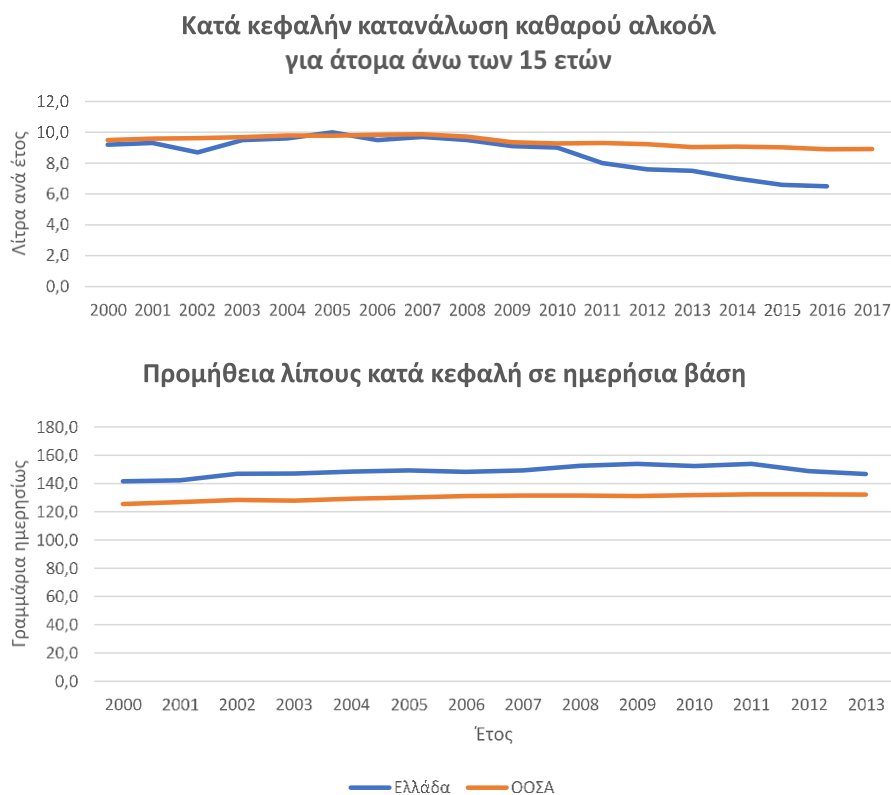


Εικόνα 26. Η εξέλιξη του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 15 ετών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο με καλό ή πολύ καλό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας

YE: υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, ME: μέσο επίπεδο εκπαίδευσης, XE: χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης

3.2. Ο αντίκτυπος στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές

Αναφορικά με τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, στην εικόνα 27 μελετώνται διαγραμματικά η κατά κεφαλή ετήσια κατανάλωση καθαρού αλκοόλ από άτομα άνω των 15 ετών σε λίτρα και η κατά κεφαλή ημερήσια κατανάλωση λίπους σε γραμμάρια ανά ημέρα με βάση τις ετήσιες πωλήσεις των αντίστοιχων ειδών. Για το κάπνισμα, την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και την άσκηση, ή ακόμα και για το ποσοστό των υπέρβαρων και των παχύσαρκων, δεν υπάρχουν πλήρεις χρονοσειρές για τη χώρα μας, παρά μόνο σποραδικές παρατηρήσεις, που σχετίζονται με έρευνες που διεξάγονται συστηματικά σε ετήσια βάση και μελετώνται στο πλαίσιο του εμπειρικού μέρους της διατριβής. Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα, μετά το 2007 παρατηρείται διαρκής μείωσή της, που υπερβαίνει πλέον το 30%, ενώ ως προς την πρόσληψη λίπους σημειωνόταν αύξηση μέχρι το 2011, μειώθηκε την επόμενη διετία, ενώ μετά το 2013 δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Αντίστοιχα, για το σύνολο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ η μέση ετήσια κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται με σημαντικά βραδύτερο ρυθμό, ενώ η μέση ημερήσια κατανάλωση λίπους, αν και αυξάνεται, παραμένει σταθερά χαμηλότερη από αυτή των Ελλήνων (τουλάχιστον 13 gr λιγότερη).



Εικόνα 27. Η εξέλιξη της ετήσιας κατανάλωσης αλκοόλ και της ημερήσιας κατανάλωσης (προμήθειας) λίπους κατά κεφαλή

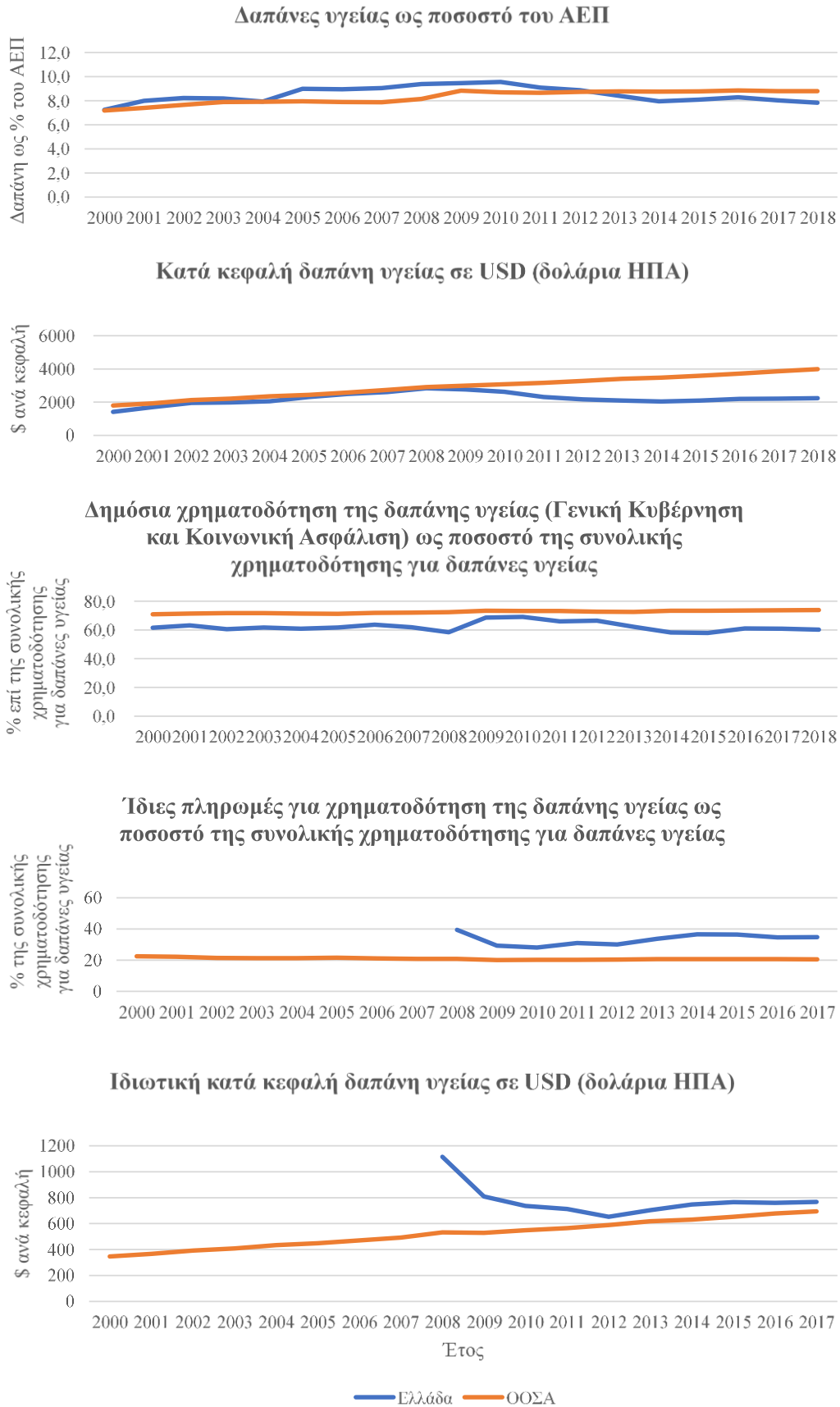
3.3. Ο αντίκτυπος στη χρηματοδότηση και τις δαπάνες υγείας

Αναφορικά με τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας και τις δαπάνες υγείας, με βάση το εγχειρίδιο του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, θα πρέπει αρχικά να αναφερθεί ότι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με το χρηματοδοτικό φορέα διακρίνεται σε:¹³⁰

- 1) Χρηματοδότηση από δημόσιους φορείς: περιλαμβάνουν τη Γενική Κυβέρνηση και τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης.
- 2) Χρηματοδότηση από ιδιωτικούς φορείς: περιλαμβάνουν την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές (των νοικοκυριών).
- 3) Χρηματοδότηση από λοιπούς φορείς: περιλαμβάνουν τους Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς, την Εκκλησία κλπ.

Μελετώντας τα γραφήματα της εικόνας 28 προκύπτουν για την Ελλάδα τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- α. Μέχρι το 2010 το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία αυξάνεται και στη συνέχεια ακολουθεί διαρκώς πτωτική πορεία καταλήγοντας από το 2013 και έπειτα να είναι χαμηλότερο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, που από την έναρξη της κρίσης παραμένει σταθερό και πλέον η μεταξύ τους «ψαλίδα» διευρύνεται υπέρ του ΟΟΣΑ.
- β. Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας σε δολάρια ΗΠΑ (USD, \$), προσαρμοσμένη προκειμένου να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετική αγοραστική δύναμη των εθνικών νομισμάτων,¹³² μετά το 2008 και μέχρι το 2014 μειώνεται και στη συνέχεια αυξάνεται με ρυθμό πολύ βραδύτερο του αντίστοιχου μέσου του ΟΟΣΑ, με τον τελευταίο να διαγράφει σταθερά ανοδική πορεία ακόμα και κατά την περίοδο της ύφεσης, πιθανά σε μια προσπάθεια προστασίας του πληθυσμού και άμβλυνσης των δυσμενών συνεπειών της κρίσης. Επιπλέον, η χώρα μας υποχώρησε αρκετές θέσεις στην κατάταξη του ΟΟΣΑ, σε σχέση με την αντίστοιχη μέση δαπάνη του ΟΟΣΑ, συγκεκριμένα το 2018 βρισκόταν έντεκα θέσεις κάτω από το μέσο όρο (26η θέση μεταξύ 44 χωρών), ενώ το 2007 ήταν δύο θέσεις κάτω από το μέσο όρο (18η μεταξύ 30 χωρών).^{127,128} Το γεγονός αυτό καθιστά προφανές ότι η αυστηρή λιτότητα δεν επέτρεψε στο σύστημα υγείας, τουλάχιστον από άποψη οικονομικών πόρων, να ακολουθήσει τη γενικότερη εξέλιξη και πρόοδο.
- γ. Η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης, σε γενικές γραμμές, ακολουθεί φθίνουσα πορεία και από την έναρξη της κρίσης μόνο τα έτη 2009 και 2010 προσεγγίζει το σταθερά ανώτερο μέσο όρο του ΟΟΣΑ.



Εικόνα 28. Η εξέλιξη της χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας

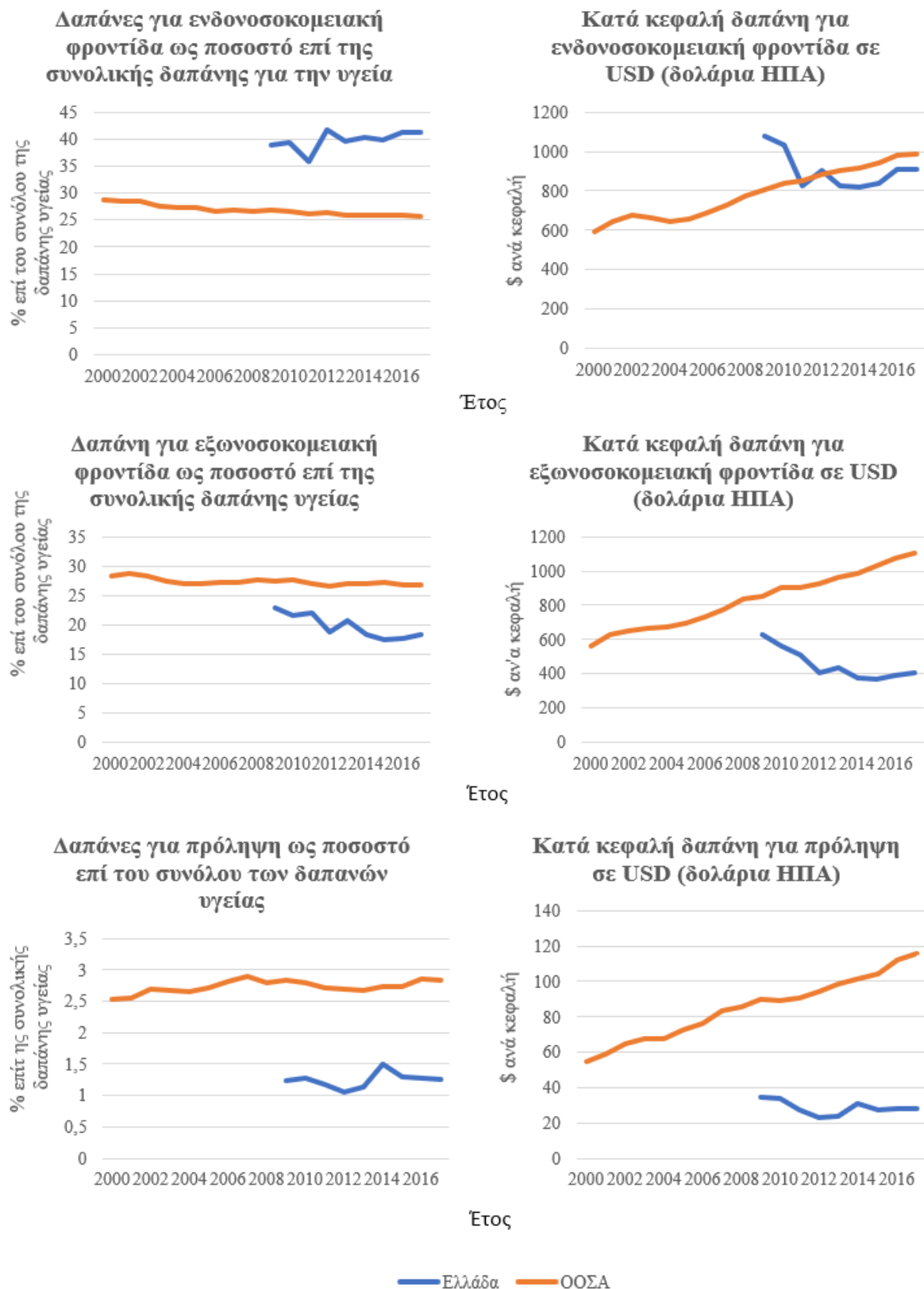
Η συγκεκριμένη τάση υποδηλώνει ότι στην Ελλάδα εν μέσω κρίσης ασκήθηκαν πολιτικές μετακύλισης του κόστους για τη φροντίδα υγείας στους χρήστες των υπηρεσιών σε μια περίοδο κατά την οποία οι ανάγκες και κατ' επέκταση η ζήτηση ήταν αυξημένες και οι δυνατότητες κάλυψης του κόστους με ίδιους πόρους ήταν μειωμένες έως εξαντλημένες, λόγω της απώλειας εισοδήματος ή της απώλειας της ασφαλιστικής ικανότητας. Μάλιστα, οι συγκεκριμένες πρακτικές θέτουν εμπόδια ή επιτείνουν τους υφιστάμενους φραγμούς στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας.¹³¹⁻¹³³ Αντιθέτως, ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών του ΟΟΣΑ, διατήρησε την αυξητική του πορεία, παρόλη την ύφεση, στο πλαίσιο κοινωνικών πολιτικών πρόληψης ή άρσης των σχετιζόμενων με την κρίση αποκλεισμών και άμβλυνσης ενδεχόμενων ανισοτήτων.

- δ. Το ποσοστό των δαπανών υγείας που καλύπτεται με ίδιους πόρους από το 2010 μέχρι το 2015 έχει αυξηθεί πάνω από έξι εκατοστιαίες μονάδες, ενώ το αντίστοιχο μέσο ποσοστό των χωρών του ΟΟΣΑ κινείται σταθερά στο 20-21%, δηλαδή αρκετά κάτω από τα αντίστοιχα ελληνικά μεγέθη. Μάλιστα φαίνεται ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά έχουν υποστεί δυσανάλογα υψηλότερη επιβάρυνση στα χρόνια της κρίσης όσον αφορά τις ίδιες πληρωμές.¹³⁴ Έτσι, επιβεβαιώνεται το ανωτέρω συμπέρασμα περί αύξησης της επιβάρυνσης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και όξυνσης των υγειονομικών ανισοτήτων, ενάντια στην επικρατούσα τάση για διατήρηση ή αύξηση των κοινωνικών δαπανών για την προστασία των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Ωστόσο, απαιτείται να γίνουν οι ακόλουθες επισημάνσεις:
- i. Μελετώντας τις κατά κεφαλή ιδιωτικές πληρωμές σε δολάρια ΗΠΑ (USD, \$), προσαρμοσμένες προκειμένου να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετική αγοραστική δύναμη των εθνικών νομισμάτων, παρατηρείται μείωσή τους από το 2008 έως το 2012 και έπειτα αύξηση με ρυθμό αντίστοιχο αυτών του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, όπως φαίνεται από τη σχεδόν παράλληλη πορεία των καμπυλών.
 - ii. Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν πάνω από το ένα τρίτο της συνολικής για την υγεία δαπάνης με το 90% να αφορά άμεσες πληρωμές και όχι τις πληρωμές που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο συμμετοχής σε καλυπτόμενες από ασφαλιστικούς φορείς δαπάνες.⁷⁶ Το γεγονός αυτό εγείρει ανησυχίες σχετικές με την βιωσιμότητα του συστήματος, καθώς η γενικότερη μείωση δαπανών υπό το πρίσμα των πολιτικών εξορθολογισμού τους και η εξάντληση των οικονομικών δυνατοτήτων των νοικοκυριών πλήττουν την επάρκεια χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος, αλλά και ανησυχίες αναφορικά με την κοινωνική δικαιοσύνη και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.^{76,135}

- iii. Το ένα τρίτο των άμεσων πληρωμών αποτελείται από τις λεγόμενες «άτυπες πληρωμές», δηλαδή πρόσθετες ιδιωτικές πληρωμές χωρίς απόδειξη, που πραγματοποιούνται συνήθως για τη διασφάλιση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και την ταχύτερη εξυπηρέτηση είτε ως έκφραση ικανοποίησης και ευγνωμοσύνης από την πλευρά του χρήστη ή ακόμα και κατ' απαίτηση των ιατρών.¹³⁶
- Πάντως, τα εθελοντικά σχήματα χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας κυμαίνονται στο 2,2-4,7 % επί του συνόλου της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας για την περίοδο 2008-2018 και ακολουθούν μία σταθερά ανοδική πορεία, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ κυμαίνεται από 5,7-6,9 για την περίοδο 2008-2018 με σταθερά φθίνουσα πορεία.¹³⁷

Όσον αφορά τις δαπάνες ανά υγειονομική δραστηριότητα και εξετάζοντας τα γραφήματα της εικόνας 29 συμπεραίνεται ότι:

- α. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας που κατευθύνεται στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη κυμαίνεται στο 40%, δηλαδή αρκετά πάνω από το αντίστοιχο 25-26% του ΟΟΣΑ. Μάλιστα, μολονότι επικρατεί γενικώς η τάση μείωσης του συγκεκριμένου ποσοστού και στη χώρα μας μετά το 2011 ακολουθεί μία σταθερή πορεία, η κατά κεφαλή δαπάνη για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα από το 2012 είναι σταθερά χαμηλότερη από την αντίστοιχη μέση δαπάνη του ΟΟΣΑ με την τελευταία να αυξάνεται διαρκώς.
- β. Στην Ελλάδα, το ποσοστό της δαπάνης υγείας που αφορά την εξωνοσοκομειακή φροντίδα ακολουθεί ελαφρώς καθοδική πορεία, αποτελεί λιγότερο από το ένα πέμπτο της συνολικής υγειονομικής δαπάνης και μετά το 2013 υπολείπεται κατά 30% περίπου του αντίστοιχου μέσου των χωρών του ΟΟΣΑ, που υπερβαίνει το ένα τέταρτο της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Ωστόσο, σε όρους κατά κεφαλή δαπάνης, η εξωνοσοκομειακή δαπάνη στη χώρα μας φθίνει συνεχώς, ενώ του ΟΟΣΑ αυξάνεται και είναι σχεδόν τριπλάσια της δικής μας.
- γ. Σε γενικές γραμμές, παρόμοιες τάσεις με αυτές των δαπανών για εξωνοσοκομειακή φροντίδα ισχύουν και για τις δαπάνες που αφορούν τις δράσεις για πρόληψη και συγκεκριμένα οι δαπάνες για πρόληψη στην Ελλάδα ως ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών υγείας υπολείπονται τουλάχιστον κατά 50% του αντίστοιχου μέσου των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ όσον αφορά τη σχετική κατά κεφαλή δαπάνη η διαφορά μεταξύ Ελλάδας και ΟΟΣΑ συνεχώς διευρύνεται υπέρ του ΟΟΣΑ με τον τελευταίο να έχει τετραπλάσιες σχεδόν δαπάνες.



Εικόνα 29. Η εξέλιξη των δαπανών ανά υγειονομική δραστηριότητα.

Με βάση λοιπόν τις παραπάνω παρατηρήσεις προκύπτει η διαπίστωση ότι στην Ελλάδα η ακριβή νοσοκομειοκεντρική φροντίδα είναι υπεύθυνη σε μεγάλο βαθμό για τη μη αποδοτική χρήση των πόρων από το σύστημα υγείας, παρόλη την προσπάθεια για αναβάθμιση του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας και παρά τις μεμονωμένες ενδείξεις βελτίωσης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων.¹³⁸ Επίσης, διεθνώς, με τις χώρες του ΟΟΣΑ να αποτελούν τη βάση αναφοράς, η πρόοδος σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόληψης και η επένδυση σε αυτούς τους τομείς φροντίδας συντελούν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι οι συγκρίσεις των δεικτών δαπάνης και χρηματοδότησης μεταξύ επιμέρους χωρών δυσχεραίνονται από τις διαφορετικές ακολουθούμενες μεθοδολογίες και ότι πέρα από τις διακρατικές συγκρίσεις, και η ανάλυση τάσεων και οι διαχρονικές συγκρίσεις για ορισμένες χώρες καθίστανται δύσκολες λόγω των μεταβολών στη μεθοδολογία καταγραφής σε από έτος σε έτος.

3.4. Ο αντίκτυπος σε επίπεδο παραγωγικών συντελεστών

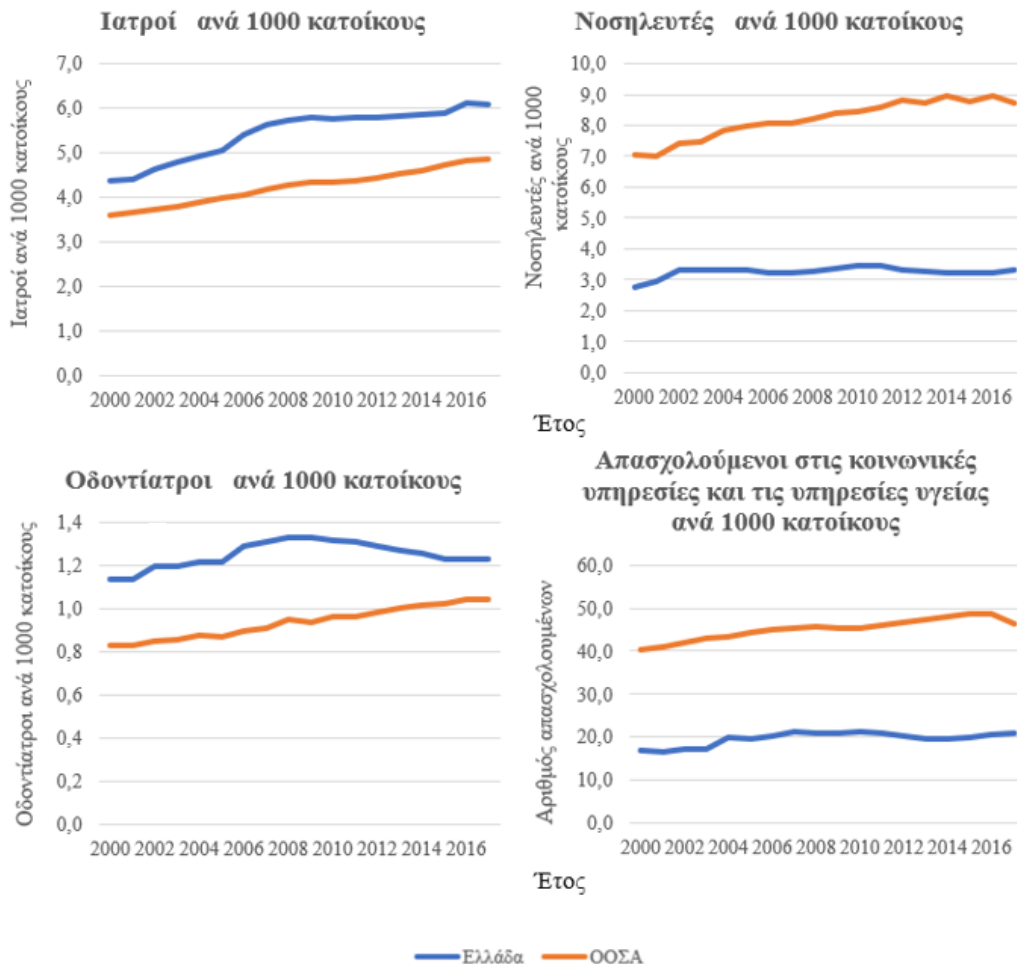
3.4.1. Ο αντίκτυπος στους ανθρώπινους πόρους του συστήματος υγείας

Αναφορικά με τους ανθρώπινους πόρους από τη μελέτη των γραφημάτων της εικόνας 30 εξάγονται τα παρακάτω συμπεράσματα:

Ως προς το ανθρώπινο δυναμικό ανά 1000 κατοίκους παρατηρούνται:

- Διαρκής αύξηση του αριθμού των ιατρών, που αριθμητικά βρίσκονται σε σταθερά ανώτερο επίπεδο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.
- Σταθερά επίπεδα νοσηλευτών, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αυξάνεται συνεχώς και είναι υπερδιπλάσιος σε σχέση με της Ελλάδας.
- Σταθερά επίπεδα οδοντιάτρων για την Ελλάδα και ήπια αύξηση για το μέσο όρο του ΟΟΣΑ με τον τελευταίο να προσεγγίζει το δικό μας επίπεδο.
- Αξίζει να αναφερθεί ότι όσον αφορά τους ιατρούς και τους οδοντιάτρους, παρουσιάζονται οι κάτοχοι άδειας άσκησης επαγγέλματος, ενώ στους νοσηλευτές εντάσσονται τα άτομα που ασκούν τη νοσηλευτική. Μάλιστα, στην κατηγορία των νοσηλευτών μεθοδολογικά παρατηρούνται διαφορές σε σχέση με άλλες χώρες, καθώς στην Ελλάδα, όπως και στην Αυστρία, η σχετική κατηγορία περιλαμβάνει όσους ασκούν τη νοσηλευτική σε νοσοκομεία.

Στοιχεία για τους νοσηλευτές κατόχους άδειας άσκησης επαγγέλματος δεν υπάρχουν διαθέσιμα στη βάση του ΟΟΣΑ για τη χώρα μας.



Εικόνα 30. Η εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού ανά 1000 κατοίκους

- Σταθερότητα στα επίπεδα των απασχολούμενων στις κοινωνικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας, τα οποία κυμαίνονται κάτω από το ήμισυ του αντίστοιχου και σταθερά αυξανόμενου μέσου του ΟΟΣΑ. Ο συγκεκριμένος δείκτης, όπως και οι προηγούμενοι σχετιζόμενοι με τη χρηματοδότηση δείκτες, καταδεικνύει την έλλειψη πολιτικών ενίσχυσης των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και των υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο μιας στρατηγικής μετριασμού των επιπτώσεων της κρίσης.

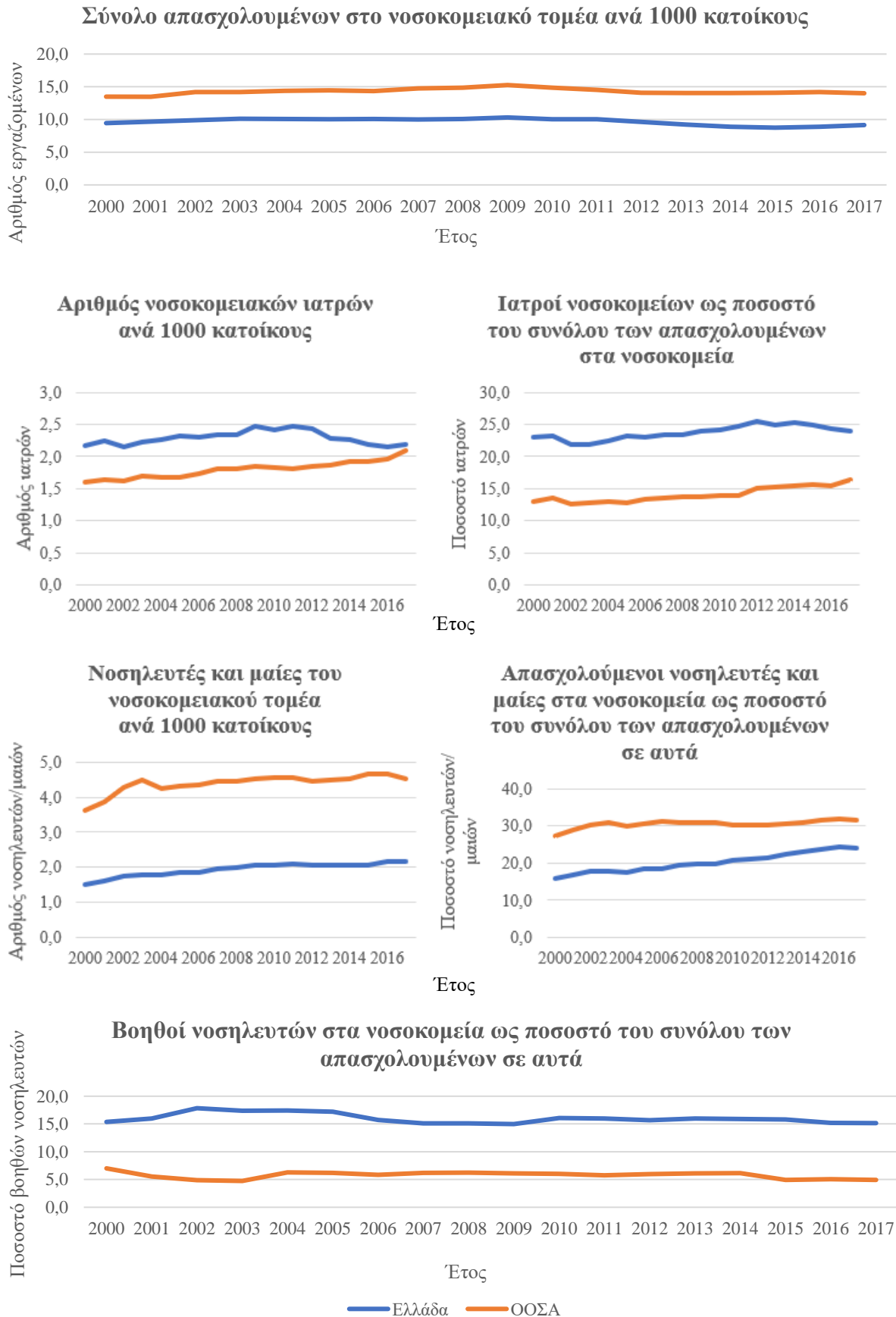
Όσον αφορά τον αριθμό των απασχολούμενων ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας ανά 1000 κατοίκους στο σύστημα υγείας, οι διαθέσιμες χρονοσειρές είναι ελλιπείς ή οι

ακολουθούμενες μεθοδολογίες καταγραφής διαφέρουν με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτές η παρακολούθηση των τάσεων, η ανάλυση και η συγκριτική μελέτη των σχετικών δεικτών. Ωστόσο, είναι διαθέσιμα τα σχετικά δεδομένα για το νοσοκομειακό υποσύστημα, που αποτελεί τον πυρήνα του ελληνικού συστήματος υγείας, τα οποία αποτυπώνονται στην εικόνα 31 και μελετώνται στη συνέχεια.

Η στελέχωση του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα, όπως και ο αντίστοιχος μέσος των χωρών του ΟΟΣΑ, το 2009 φτάνει στο μέγιστο επίπεδο, ακολούθως βαίνει μειούμενη μέχρι το 2015 και στη συνέχεια σημειώνει ανεπαίσθητη αύξηση. Ο ίδιος δείκτης για τον ΟΟΣΑ φθίνει μετά το 2009 και μέχρι το 2012 και έπειτα παραμένει στα επίπεδα του 2012. Σε κάθε περίπτωση ο εν λόγω δείκτης για την Ελλάδα είναι μόνιμα σχεδόν 30% χαμηλότερος του αντίστοιχου δείκτη του ΟΟΣΑ.

Το ιατρικό δυναμικό των ελληνικών νοσοκομείων, σε αντίθεση με το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού (σε άτομα ανά 1000 κατοίκους), είναι περισσότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και κυμαίνεται σε σχετικά σταθερά επίπεδα, ενώ ο μέσος αριθμός των νοσοκομειακών ιατρών ανά 1000 κατοίκους των χωρών του ΟΟΣΑ αυξάνεται σταθερά και τείνει να εξισωθεί με τον «ελληνικό» δείκτη. Ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας φαίνεται και από το γεγονός ότι το ποσοστό των ιατρών επί του συνόλου των ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων είναι 30% μεγαλύτερο από το αντίστοιχο μέσο ποσοστό του ΟΟΣΑ.

Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων (ανά 1000 κατοίκους) – συμπεριλαμβανομένων και των απασχολούμενων που ανήκουν στον κλάδο της μαιευτικής – είναι λιγότερο από το 50% του μέσου όρου του ΟΟΣΑ και από την κρίση και έπειτα παραμένει αμετάβλητο. Η νοσηλευτική στελέχωση των ελληνικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, λοιπόν, υπολείπεται διαχρονικά και σε σημαντικό βαθμό σε σχέση με τη μέση νοσηλευτική στελέχωση των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ, συμπέρασμα που ενισχύεται και από τη σχέση των ποσοστών του νοσηλευτικού προσωπικού επί του συνολικού ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων της Ελλάδας και του ΟΟΣΑ με το δεύτερο να είναι 25-30% υψηλότερο, παρόλη την ανοδική τάση του δείκτη της χώρας μας και τη σταθερή πορεία του μέσου του ΟΟΣΑ. Επιπροσθέτως, διαπιστώνεται ότι το ποσοστό του βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού επί του συνόλου των εργαζομένων στα νοσοκομεία της Ελλάδας, παρόλο που ακολουθεί μία ελαφρώς φθίνουσα πορεία, είναι σχεδόν τριπλάσιο του αντίστοιχου του ΟΟΣΑ και ενδεικτικό του ότι αποτελεί πάγια τακτική στο ελληνικό σύστημα υγείας η



Εικόνα 31. Η εξέλιξη των βασικών δεικτών στελέχωσης του νοσοκομειακού τομέα

αντιμετώπιση του προβλήματος της υποστελέχωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας με απασχόληση φθηνότερου εργατικού δυναμικού, όπως οι βοηθοί νοσηλευτών (ο αριθμός των βοηθών νοσηλευτών των νοσοκομείων ανά 1000 κατοίκους δεν είναι διαθέσιμος στη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ).

Η αναλογία νοσηλευτών/ιατρών στο νοσοκομειακό τομέα της χώρας μας έχει βελτιωθεί και έχει διαμορφωθεί σε 1:1. Η ανάγκη για αποδοτική χρήση των πόρων, ιδίως υπό το πρίσμα της κρίσης, και για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών επιβάλλει, μεταξύ άλλων, την αύξηση του συγκεκριμένου δείκτη, ο οποίος σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιαπωνία, η Ιρλανδία, η Φινλανδία και οι Η.Π.Α., υπερβαίνει την τιμή 4:1, και αναδεικνύει το ζήτημα της υπερπροσφοράς ιατρών και της έλλειψης νοσηλευτών.¹²⁸

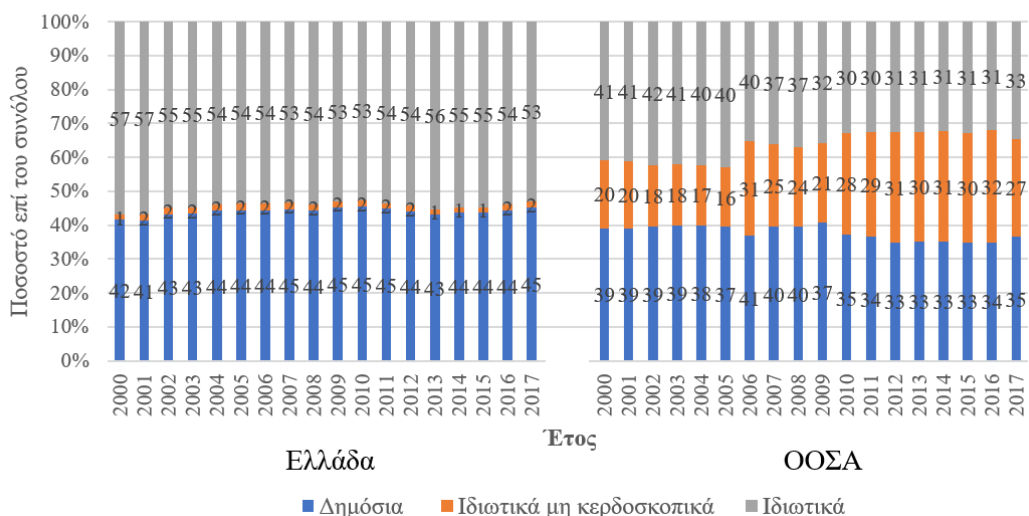
3.4.2. Ο αντίκτυπος στους υπόλοιπους πόρους του συστήματος υγείας

Όσον αφορά τους υπόλοιπους παραγωγικούς συντελεστές, παρουσιάζονται οι βασικότεροι διαθέσιμοι δείκτες της βάσης του ΟΟΣΑ. Σχετικά με το ιδιοκτησιακό καθεστώς των νοσοκομείων, στην εικόνα 32 για την Ελλάδα διαπιστώνεται ότι, από άποψη πλήθους, είναι αμελητέος ο ρόλος των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη η παρουσία των ιδιωτικών νοσοκομείων. Η αναλογία δε, των δημόσιων, των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών και των αμιγώς ιδιωτικών δομών δε φαίνεται να μεταβάλλεται κατά την περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα, ενώ ο αντίστοιχος λόγος του ΟΟΣΑ μεταβάλλεται εμφανώς υπέρ των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών οργανισμών με σαφή τάση μείωσης των αμιγώς ιδιωτικών μονάδων, ενδεχομένως στο πλαίσιο ενίσχυσης της δημόσιας υγείας. Συνεπώς, φαίνεται για ακόμα μία φορά ότι στην Ελλάδα δεν καθιερώθηκαν οι αναγκαίοι μηχανισμοί για την προστασία των ευάλωτων ομάδων και την κάλυψη των αυξημένων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, που αναδύονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

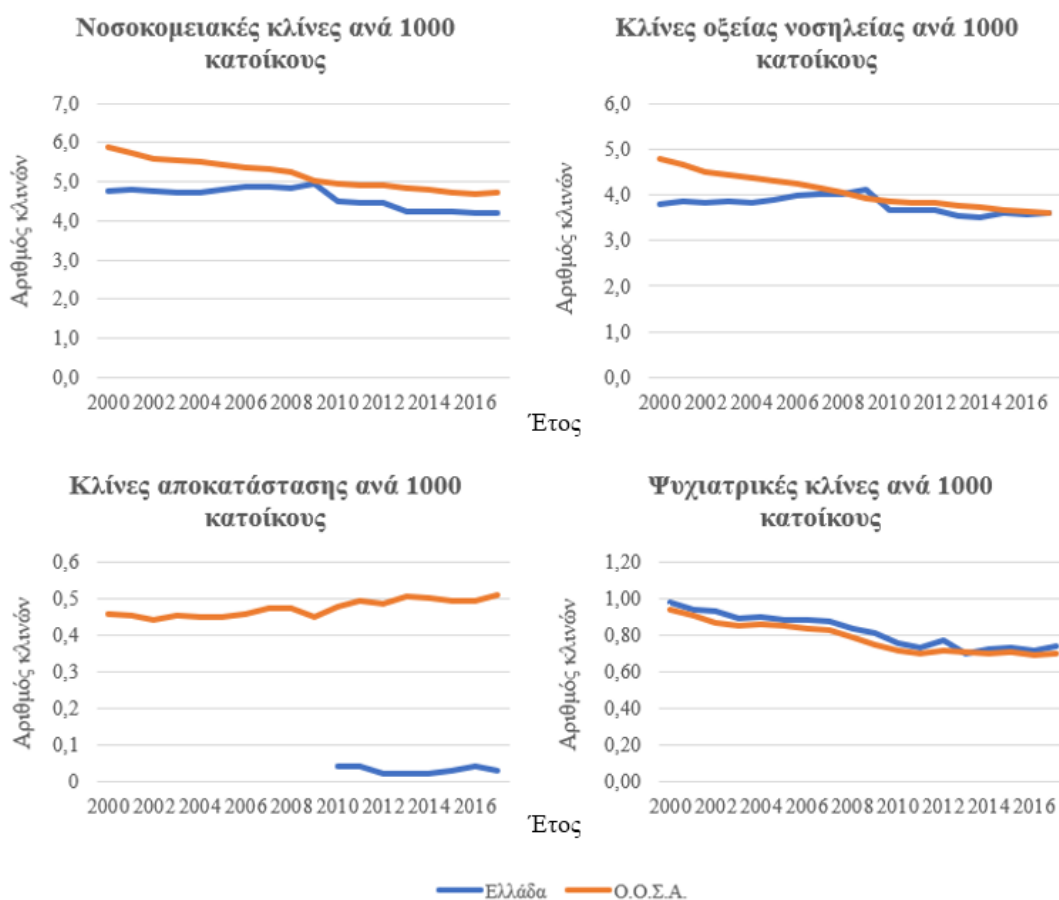
Ως προς τις νοσοκομειακές κλίνες, από τη μελέτη της εικόνας 33 προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Οι νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα αυξάνονται μέχρι το 2009 και έπειτα μειώνονται ακολουθώντας και τη γενικότερα παρατηρούμενη τάση μείωσης, που γίνεται έκδηλη από την πορεία του αντίστοιχου δείκτη του ΟΟΣΑ. Παρόμοια είναι η τάση και για τις

Νοσοκομεία με βάση το ιδιοκτησιακό καθεστώς τους ως ποσοστό επί του συνόλου

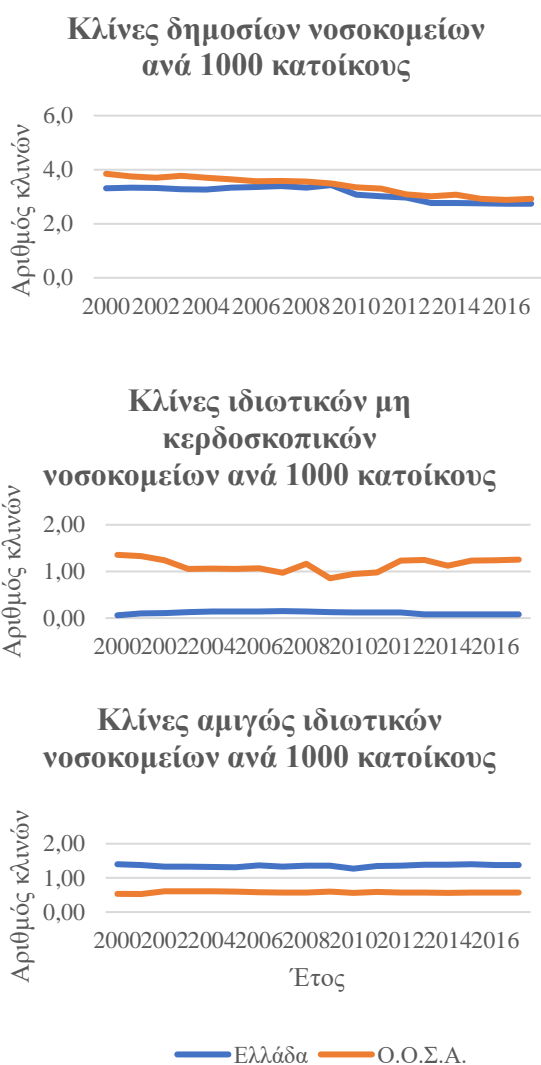


Εικόνα 32. Η εξέλιξη της αναλογίας των νοσοκομείων με βάση το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς



Εικόνα 33. Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών συνολικά και κατά είδος/λειτουργία

κλίνες οξείας νοσηλείας στη χώρα μας, με τη μόνη διαφορά ότι μετά το 2007 βρίσκονται στα ίδια σχεδόν επίπεδα με αυτά του μέσου όρου του ΟΟΣΑ. Σημαντική, ωστόσο, είναι η διαφορά στις κλίνες αποκατάστασης, καθώς στην Ελλάδα παραμένουν σταθερές και περίπου ίσες με το 10% αυτών του ΟΟΣΑ, οι οποίες αυξάνονται με σταθερό και βραδύ ρυθμό. Τέλος, οι ψυχιατρικές κλίνες στη χώρα μας βαίνουν μειούμενες με ρυθμό παρόμοιο του ΟΟΣΑ και διατηρούνται σε ελάχιστα υψηλότερα και σχεδόν παραπλήσια επίπεδα με αυτές του ΟΟΣΑ. Σε γενικές γραμμές, λοιπόν, οι νοσοκομειακές κλίνες ακολουθούν τις διεθνείς τάσεις, με βάση αναφοράς τους μέσους όρους του ΟΟΣΑ, πλην των κλινών αποκατάστασης, που είναι σημαντικά λιγότερες, ενώ διαφαίνεται ότι επικρατεί μία τάση συρρίκνωσης του δαπανηρού νοσοκομειακού τομέα.



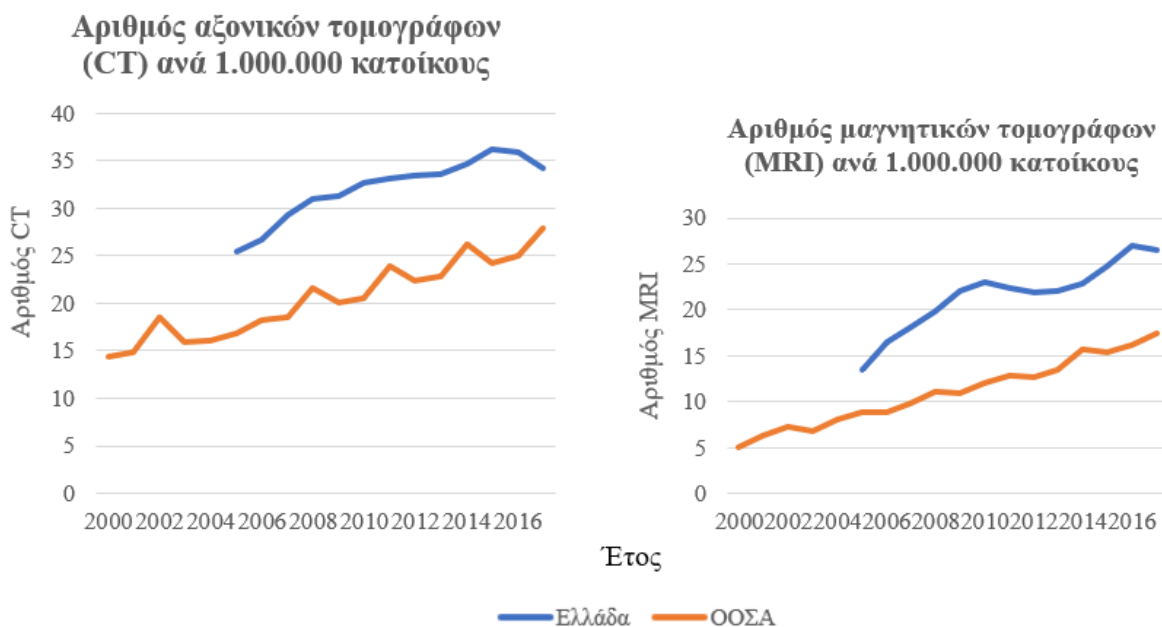
Εικόνα 34. Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών ανά κατηγορία ιδιοκτησιακού καθεστώτος

Αναφορικά με το ιδιοκτησιακό καθεστώς των κλινών (εικόνα 34), συμπεραίνεται ότι αυτές των δημοσίων νοσοκομείων άρχισαν να μειώνονται μετά το 2009 κατ' εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας και των μνημονιακών δεσμεύσεων και ακολουθώντας πορεία όμοια με αυτή του μέσου όρου του ΟΟΣΑ. Από την άλλη, οι κλίνες των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων είναι σχετικά σταθερές και ελάχιστες σε σχέση με αυτές του ΟΟΣΑ, όπως συμβαίνει και με το σχετικό ποσοστό των νοσοκομείων αυτής της κατηγορίας (εικόνα 32). Επιπλέον, οι κλίνες του ιδιωτικού τομέα παραμένουν αμετάβλητες στην Ελλάδα, παρόλη την κρίση, όπως και οι αντίστοιχες του ΟΟΣΑ, και σε όλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου είναι υπερδιπλάσιες από το μέσο αριθμό ιδιωτικών κλινών του ΟΟΣΑ.

Από την ανωτέρω ανάλυση αποκαλύπτεται ότι στη χώρα μας εφαρμόστηκαν πολιτικές αποδυνάμωσης του δημόσιου νοσοκομεια-

κού τομέα σε μία περίοδο αυξημένων υγειονομικών αναγκών, ιδίως για τις κοινωνικά και οικονομικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Συνεπώς και οι σχετικοί με τους πόρους του συστήματος δείκτες υποδηλώνουν επιβάρυνση του συστήματος υγείας, που θέτει σε επισφάλεια τη δημόσια υγεία.

Ως προς τους αξονικούς και τους μαγνητικούς τομογράφους, από την εικόνα 35 διαπιστώνεται ότι ο αριθμός τους ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους αυξάνεται βαθμιαία με αυτούς της Ελλάδας να υπερβαίνουν σημαντικά τους αντίστοιχους μέσους όρους των χωρών του ΟΟΣΑ, κατά 30% περίπου όσον αφορά το πλήθος των αξονικών και τουλάχιστον κατά 50% έως και 100% ανάλογα με το έτος, όσον αφορά το πλήθος των μαγνητικών. Ωστόσο, σύμφωνα και με την έκθεση του ΟΟΣΑ για την υγεία το 2019, ενώ η ανεπάρκεια τομογράφων μπορεί να υποδηλώνει ανισότητες στην πρόσβαση, που σχετίζονται με γεωγραφική ανισοκατανομή των πόρων και μεγάλους χρόνους αναμονής για τη διενέργεια των σχετικών εξετάσεων, η περίσσεια μηχανημάτων μπορεί να παραπέμπει σε υπερβολική χρήση,¹²⁸ προκλητή ζήτηση και σπατάλη πόρων, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ασφάλεια των ασθενών και την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

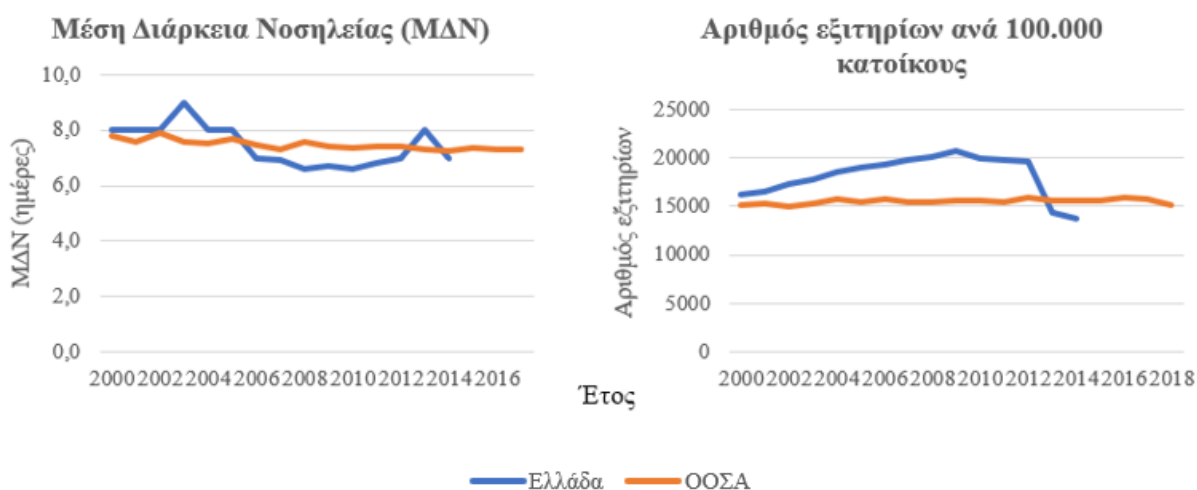


Εικόνα 35. Η εξέλιξη του αριθμού των αξονικών και των μαγνητικών τομογράφων

3.5. Ο αντίκτυπος στη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ελάχιστοι δείκτες διαθέτουν πλήρεις χρονοσειρές, που μπορούν να αναλυθούν και να αξιολογηθούν, ενώ για τους περισσότερους τα δεδομένα είναι ελλιπή ή αποτελούν εκτιμήσεις ή συλλέχθηκαν με διαφορετική μεθοδολογία και για αυτό δεν είναι εφικτή η σύγκριση και η εξαγωγή συμπερασμάτων στο πλαίσιο της παρούσας ανάλυσης. Ωστόσο, στο εμπειρικό μέρος της διατριβής μελετώνται με μεθόδους της επαγωγικής στατιστικής τα δεδομένα των δύο ερευνών υγείας του 2009 και του 2014. Στην εικόνα 36 αποτυπώνονται οι δύο βασικότεροι δείκτες για τους οποίους υπάρχουν διαθέσιμες χρονοσειρές και διαπιστώνονται:

- 1) Η μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας μέχρι το 2010 και έπειτα αύξηση μέχρι το 2013 και πτώση για το 2014, το οποίο είναι και το τελευταίο έτος με διαθέσιμα δεδομένα για την Ελλάδα, ενώ ο αντίστοιχος μέσος του ΟΟΣΑ μειώνεται με βραδύ και σταθερό ρυθμό και διαφαίνεται μία τάση σύγκλισης των καμπυλών, καθώς ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων κοστολόγησης και η μετάβαση σε προοπτικές μεθόδους αποζημίωσης διεθνώς, όπως το σύστημα των «Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών», οδηγεί στην επίτευξη του στόχου μείωσης των δαπανών μέσω μείωσης της διάρκειας νοσηλείας.¹²⁸
- 2) Η αύξηση των εξιτηρίων μέχρι το 2009 και έπειτα μείωση σε επίπεδο μάλιστα κατώτερο και από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ για το 2013, που κυμαίνεται σε σταθερά επίπεδα καθόλη



Εικόνα 36. Η εξέλιξη της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και του αριθμού των εξιτηρίων ανά 100.000 κατοίκους

τη μελετώμενη περίοδο. Η μείωση συνδέεται πιθανά με τη μείωση των κλινών και γενικότερα τις πολιτικές μείωσης των δαπανών, ενώ ενδέχεται να αντανακλά την αύξηση των φραγμών πρόσβασης και την επακόλουθη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η υπόθεση μείωσης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας εξετάζεται με τις μεθόδους της επαγωγικής στατιστικής στο εμπειρικό μέρος της διατριβής.

Πάντως και η πρόωρη και η καθυστερημένη έξοδος από το νοσοκομείο επιφέρουν δυσμενείς επιδράσεις και στην κατάσταση υγείας των ασθενών και στις δαπάνες του συστήματος, η πρώτη μέσω της αύξησης των επανεισαγωγών και η δεύτερη μέσω της άσκοπης χρήσης των πόρων.¹²⁸

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός του εμπειρικού μέρους της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. Η ανασκόπηση που προηγήθηκε στο θεωρητικό μέρος της διατριβής ανέδειξε:

- α. την ανάγκη προσδιορισμού της προκυκλικής ή αντικυκλικής φύσης των σχετιζόμενων με την υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας δεικτών και του ρόλου των προσδιοριστών τους, προκειμένου να υιοθετηθούν οι κατάλληλες δράσεις για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και για την άμβλυνση των κοινωνικών και ειδικότερα των υγειονομικών ανισοτήτων,
- β. τα αντικρουόμενα εμπειρικά ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας και το «ερευνητικό κενό» αναφορικά με συγκεκριμένες πτυχές του προβλήματος στη χώρα μας.

Σε αυτό το πλαίσιο και με αφετηρία έρευνες υγείας που έχουν διεξαχθεί στον ελληνικό πληθυσμό και στον πληθυσμό της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας, μελετώνται διάφορες εκβάσεις-εξαρτημένες μεταβλητές, που σχετίζονται με την υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, και οι προσδιοριστές τους. Η βασική ερευνητική υπόθεση που θα μελετηθεί είναι η εξής: «Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι μελετώμενοι δείκτες του επιπέδου υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ακολούθησαν προκυκλική συμπεριφορά, δηλαδή το επίπεδο υγείας επιδεινώθηκε και η χρήση των υπηρεσιών υγείας περιορίστηκε».

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναλύθηκαν δεδομένα αναφορικά με τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ), το επίπεδο υγείας και τη χρήση νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές στους κατοίκους της ευρύτερης μητροπολιτικής περιοχής των Αθηνών και σε εθνικό επίπεδο.

Ως προς τη διερεύνηση της επίδρασης της κρίσης στη ΣΥΠΖ αναλύθηκαν τα δεδομένα που αντλήθηκαν από έρευνα υγείας που διεξήγαγε το Υπουργείο Υγείας στον πληθυσμό της Αθήνας και της ευρύτερης περιοχής πριν από την έναρξη της κρίσης και συγκεκριμένα το Μάιο

του 2003 και από έρευνα υγείας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής στον ίδιο πληθυσμό τον Απρίλιο του 2016, δηλαδή κατά τη διάρκεια της κρίσης. Τα δεδομένα αποκτήθηκαν κατόπιν υποβολής σχετικού αιτήματος στους παραπάνω φορείς. Αναφορικά με το επίπεδο υγείας, τη νοσηρότητα και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, μελετήθηκαν συγκριτικά τα δεδομένα των ερευνών υγείας που διεξήγαγε η ΕΛΣΤΑΤ για τα έτη 2009 και 2014.

2.1. Στοιχεία μεθοδολογίας

Οι Έρευνες Υγείας που αξιοποιήθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής συνιστούν συγχρονικές μελέτες (cross-sectional studies) και ο ερευνητικός σχεδιασμός στον οποίο βασίζεται το ερευνητικό μέρος της διατριβής είναι η μελέτη τάσεων (trend study) που χρησιμοποιεί επαναλαμβανόμενες συγχρονικές μελέτες και ανήκει στις διαχρονικές μελέτες.¹³⁹

2.1.1. Έρευνες για την ΣΥΠΖ

Στις έρευνες πεδίου που διεξήχθησαν το 2003 και το 2016 στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της πολυσταδιακής (τρισταδιακής) στρωματοποιημένης δειγματοληψίας δύο δείγματα ανεξάρτητα μεταξύ τους και αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού των ενηλίκων κατοίκων της περιοχής της Αθήνας, σύμφωνα με τα στοιχεία των απογραφών του 2001 και του 2011 αντίστοιχα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4, όπου συγκρίνονται τα δείγματα των ερευνών πεδίου του 2003 και του 2016 με τον πληθυσμό της Αθήνας με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 2001 και του 2011.^{140,141}

Πίνακας 4. Σύγκριση των δειγμάτων των ερευνών υγείας και των πληθυσμών των ενηλίκων των χρονικά εγγύτερων απογραφών της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας με βάση την κατά φύλο και ηλικία ποσοστιαία σύνθεσή τους (πηγή δεδομένων: ΕΛΣΤΑΤ).

	Έρευνα υγείας 2003	Απογραφή 2001	Έρευνα υγείας 2016	Απογραφή 2011
Φύλο				
Άνδρες	45,8	47,7	47,3	47,6
Γυναίκες	54,2	52,3	52,7	52,4

Ηλικία (έτη)				
18-34	31	34	28	29
35-53	33	35	37	36
≥55	36	31	35	35

Στο πρώτο στάδιο επιλέχθηκαν με συστηματική τυχαία δειγματοληψία οι γεωγραφικές επιφάνειες (οικοδομικά τετράγωνα), στο δεύτερο επιλέχθηκε τυχαίο δείγμα κατοικιών-νοικοκυριών και στο τρίτο στάδιο επιλέχθηκε με τυχαίο τρόπο το μέλος του νοικοκυριού. Τα κριτήρια ένταξης-συμμετοχής στη μελέτη ήταν η ηλικία δεκαοκτώ ετών και άνω και η ικανότητα επικοινωνίας, δηλαδή αντίληψης και ανταπόκρισης στα ερωτήματα του χρησιμοποιούμενου οργάνου μέτρησης της ΣΥΠΖ. Τα κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η αδυναμία επικοινωνίας με τους ερευνητές, η ηλικία κάτω των δεκαοκτώ ετών και η διαμονή σε κλειστές δομές-ιδρύματα. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν από ειδικά εκπαιδευμένους για τους σκοπούς της έρευνας επαγγελματίες ερευνητές και η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης στην οικία των ερευνώμενων ατόμων, προκειμένου να διασφαλιστούν η κατανόηση των ερωτημάτων, η βελτιστοποίηση της ανταπόκρισης των συμμετεχόντων και η ελαχιστοποίηση των ελλειπουσών τιμών. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική κατόπιν προφορικής ενημερωμένης συγκατάθεσης και με δυνατότητα ανάκλησης της συμμετοχής οποιαδήποτε στιγμή. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και για τη διαχείριση των ερωτηματολογίων και του περιεχομένου τους σε όλες τις φάσεις της μελέτης τηρήθηκε η αρχή της εμπιστευτικότητας. Οι συνεντεύξεις έγιναν με τη χρήση παρόμοιων – για τις δύο έρευνες– δομημένων ερωτηματολογίων, που περιελάμβαναν ερωτήσεις για τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τη χρήση υπηρεσιών υγείας από αυτούς και τα ερωτήματα της Επισκόπησης Υγείας SF-36, που αποτελεί ένα εγκυροποιημένο και διαδομένο εργαλείο μέτρησης της ΣΥΠΖ κατάλληλο για χρήση στο γενικό πληθυσμό και που στο εξής για λόγους συντομίας θα αναφέρεται ως SF-36.¹⁴² Τα ποσοστά ανταπόκρισης στις δύο έρευνες ήταν 70,6% στην έρευνα του 2003 και 69,7% στην έρευνα του 2016.

Το SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις, που αφορούν οκτώ διαστάσεις-πεδία και συνοψίζονται σε δύο κλίμακες σχετικές με τη σωματική (PCS- Physical Component Summary

Score) και την ψυχοσυναισθηματική (MCS-Mental Component Summary Score) υγεία. Οι οκτώ επιμέρους κλίμακες της ΣΥΠΙΖ είναι:

1. Η σωματική λειτουργικότητα (Physical Functioning-PF).
2. Ο σωματικός ρόλος (Role Physical-RP).
3. Ο σωματικός πόνος (Bodily Pain-BP).
4. Η γενική υγεία (General Health-GH).
5. Η ζωτικότητα (Vitality-VT).
6. Η κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning-SF).
7. Ο συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional-RE).
8. Η ψυχική υγεία (Mental Health-MH).

Οι διαδικασίες βαθμολόγησης των ερωτημάτων των οκτώ διαστάσεων και οι αλγόριθμοι υπολογισμού των δύο συνοπτικών κλιμάκων, καθώς και οι ψυχομετρικές ιδιότητες του οργάνου, έχουν τεκμηριωθεί με εθνικού επιπέδου εμπειρικές μελέτες.¹⁴³

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις κωδικοποιήθηκαν, αθροίστηκαν ανά διάσταση και μετασηματίστηκαν σε μία κλίμακα σκορ από το μηδέν έως το εκατό, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν καλύτερο επίπεδο υγείας. Αναλυτικότερα, η διαδικασία διαχείρισης των απαντήσεων ολοκληρώθηκε με βάση τα εξής προτεινόμενα από τους ερευνητές-κατασκευαστές του οργάνου βήματα:¹⁴⁴

- 1) Εισαγωγή των δεδομένων στο πρόγραμμα επεξεργασίας τους.
- 2) Έλεγχος απαντήσεων και κωδικοποίηση των τιμών εκτός του αποδεκτού εύρους ως ελλειπουσών τιμών.
- 3) Αντιστροφή της βαθμολόγησης σε 10 ερωτήματα, προκειμένου ο υψηλός βαθμός να αντιπροσωπεύει τη βέλτιστη κατάσταση υγείας και επαναβαθμονόμηση στις διαστάσεις του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας, έτσι ώστε να πληρούται η υπόθεση της γραμμικής σχέσης ανάμεσα στη βαθμολογία των συγκεκριμένων διαστάσεων και την κατάσταση υγείας που αυτές εκφράζουν.
- 4) Διαχείριση των ελλειπουσών τιμών με τη μέθοδο της υποκατάστασής τους με το μέσο όρο των τιμών που παρατηρούνται ως απαντήσεις στις υπόλοιπες ερωτήσεις της εκάστοτε κλίμακας, εφόσον έχουν απαντηθεί περισσότερες από τις μισές ερωτήσεις της διάστασης.

- 5) Υπολογισμός της βαθμολογίας ανά διάσταση, που προκύπτει από το αλγεβρικό άθροισμα των βαθμολογιών στις επιμέρους ερωτήσεις.
- 6) Αναγωγή της βαθμολογίας κάθε διάστασης σε μία κλίμακα από 0-100, με την τιμή 0 να αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία, που αντιστοιχεί στο χειρίστο επίπεδο ΣΥΠΖ, και την τιμή 100 να αντιπροσωπεύει τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία, που αντιστοιχεί στην άριστη ΣΥΠΖ. Ο μετασχηματισμός αυτός γίνεται σύμφωνα με την ακόλουθη μαθηματική σχέση:

$$\text{Μετασχηματισμένη βαθμολογία κλίμακας} = \frac{\text{Πραγματική βαθμολογία κλίμακας} - \text{Χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία κλίμακας}}{\text{Πιθανό εύρος βαθμολογίας κλίμακας}} \times 100$$

(Υψηλότερη δυνατή βαθμολογία-Χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία)

Η βαθμολογία για τις δύο συνοπτικές κλίμακες υπολογίζεται σύμφωνα με ένα συγκεκριμένο αλγόριθμο, που βασίζεται στις τυποποιημένες τιμές του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Το πρωτόκολλο της έρευνας του 2003 εγκρίθηκε από την Επιτροπή Έρευνας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και το πρωτόκολλο του 2016 από την Επιτροπή Ηθικής της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

2.1.2. Εθνικές Έρευνες Υγείας

Οι Έρευνες Υγείας που διεξάγει η ΕΛΣΤΑΤ ανά πενταετία, αποτελούν μέρος του Ευρωπαϊκού Στατιστικού Προγράμματος "European Health Interview Survey" (EHIS), που στοχεύει στη μελέτη της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και των παραγόντων που τις επηρεάζουν σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, και στο οποίο συμμετέχουν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για τους σκοπούς της διατριβής χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα των ερευνών που διενεργήθηκαν στην ελληνική επικράτεια το τελευταίο τρίμηνο των ετών 2009 και 2014. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι το 2009 αποτελεί έτος έναρξης

της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και αφορά την περίοδο πριν από την εφαρμογή των μνημονιακών δεσμεύσεων και των πολιτικών λιτότητας, κατά την οποία δεν είχαν εκδηλωθεί οι επιπτώσεις της ύφεσης, όπως φαίνεται και από την εξέλιξη των κοινωνικών και υγειονομικών δεικτών, που παρουσιάστηκαν στον πίνακα 1 του γενικού μέρους της διατριβής, ενώ το 2014 είχαν ήδη υιοθετηθεί δύο προγράμματα διάσωσης (Μνημόνια I και II, το 2010 και το 2012 αντίστοιχα) και είχαν εφαρμοστεί αρκετά από τα προβλεπόμενα μέτρα στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας.

Η δειγματοληψία και στις δύο έρευνες έγινε με πολυσταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία σύμφωνα με τις απογραφές πληθυσμού του 2001 και του 2011, από την περιοχή της πρωτεύουσας και της Θεσσαλονίκης και κατόπιν στρωματοποίησης με βάση το βαθμό αστικότητας και συγκεκριμένα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά. Πρωτογενής μονάδα έρευνας ήταν η επιφάνεια, δηλαδή το οικοδομικό τετράγωνο ή ένα σύνολο οικοδομικών τετραγώνων ή ένας μικρός οικισμός, δευτερογενής μονάδα το νοικοκυριό και τελική μονάδα το άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω, καθώς ο πληθυσμός-στόχος πανευρωπαϊκά σε αυτές τις έρευνες είναι οι κάτοικοι της εκάστοτε χώρας ηλικίας 15 ετών και άνω. Τα ποσοστά ανταπόκρισης κυμαίνονταν στο 95,5% το 2009 και στο 83% το 2014. Τα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια αφορούσαν το νοικοκυριό και το ερευνώμενο άτομο και κάλυπταν διάφορα θέματα, όπως ο αριθμός, το φύλο και η ηλικία των μελών του νοικοκυριού και τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, αλλά και πεδία όπως οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, η κατάσταση υγείας και η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Οι περίοδοι αναφοράς ποικίλουν ανά ερώτημα και ως επί το πλείστον αφορούν την ημέρα διενέργειας της έρευνας (πχ. για την εργασιακή κατάσταση, την κατάσταση υγείας, τη σωματική διάπλαση κλπ.), τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες πριν από την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας (για τον πόνο, τον αριθμό επισκέψεων σε γιατρούς και άλλα ερωτήματα) και τους προηγούμενους δώδεκα μήνες (πχ. για τα χρόνια νοσήματα, τη νοσοκομειακή περίθαλψη κλπ.).

Καθεμία από τις Έρευνες Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ διέπεται από τον Κανονισμό (ΕΚ) Νο. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, που ρυθμίζει θέματα αναφορικά με τις κοινοτικές στατιστικές για τη δημόσια υγεία και την υγεία και ασφάλεια στην εργασία, καθώς και από τον Εφαρμοστικό Κανονισμό (ΕΚ) Νο 141/2013, που καθορίζει τις βασικές έννοιες και τις μεταβλητές που περιέχει το χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο. Επίσης, σύμφωνα με το Συμβούλιο Διεθνών Οργανισμών Ιατρικών Επιστημών και τις Διεθνείς

Κατευθυντήριες Γραμμές Δεοντολογίας για τις Επιδημιολογικές Μελέτες, επειδή τα δεδομένα των Εθνικών Ερευνών Υγείας είναι δημοσίως διαθέσιμα (σε όλους τους εγγεγραμμένους πιστοποιημένους χρήστες της ΕΛΣΤΑΤ)¹⁴⁵ και κυρίως επειδή είναι ανωνυμοποιημένα και μη ταυτοποιήσιμα δεδομένα δεν ήταν απαραίτητη για τη χρήση τους η έγκριση από Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας.¹⁴⁶ Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία των Ερευνών Υγείας υπάρχουν διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της ΕΛΣΤΑΤ.^{147,148}

2.2. Μεταβλητές

Τα δεδομένα που αξιοποιήθηκαν για τους σκοπούς της ανάλυσης διακρίνονται σε εκβάσεις-εξαρτημένες μεταβλητές και προσδιοριστές-ανεξάρτητες μεταβλητές. Η επιλογή των μελετώμενων εκβάσεων έγινε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και με δεδομένους τους περιορισμούς που τίθενται από την οπτική της συγκρισιμότητας των διαθέσιμων ερευνών, αφού τα ερωτηματολόγια δεν ήταν πανομοιότυπα και ορισμένες από τις μεταβλητές δεν ήταν εφικτό να επανακωδικοποιηθούν με κοινό τρόπο ή και να μετασχηματιστούν προκειμένου να καταστούν οι έρευνες κατάλληλες για ανάλυση στο πλαίσιο της μελέτης της τάσης διαφόρων δεικτών και των προσδιοριστών τους. Συγκεκριμένα, ως εξαρτημένες μεταβλητές μελετώνται:

Δείκτες επιπέδου υγείας:

α. ΣΥΠΖ και συγκεκριμένα οι οκτώ διαστάσεις του SF-36 και οι δύο συνοπτικές κλίμακες PCS και MCS –για τη σωματική και την ψυχική υγεία αντίστοιχα– των κατοίκων της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας, που χρησιμοποιούνται ως συνεχείς μεταβλητές.

β. Αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας σε εθνικό επίπεδο ως διχοτόμος μεταβλητή με κατηγορίες το «πολύ κακό ή κακό ή μέτριο» και το «καλό ή πολύ καλό» επίπεδο.¹⁴⁹

γ. Αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα (αριθμός χρόνιων προβλημάτων υγείας) σε εθνικό επίπεδο. Χρησιμοποιείται ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχει ο συμμετέχων ως διατακτική μεταβλητή με πιθανές τιμές «κανένα νόσημα-0», «ένα χρόνια νόσημα-1», «δύο χρόνια νοσήματα-2», «τρία χρόνια νοσήματα-3» και «τέσσερα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα-4+» και με περίοδο αναφοράς το δωδεκάμηνο που προηγήθηκε της συνέντευξης.

Δείκτες χρήσης της νοσοκομειακής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο με περίοδο αναφοράς το δωδεκάμηνο που προηγήθηκε της συνέντευξης:

- α. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο για μία ή περισσότερες νύχτες ως διχοτόμος μεταβλητή με πιθανές απαντήσεις «Ναι» και «Όχι» και ο αριθμός των διανυκτερεύσεων στο νοσοκομείο ως διακριτή μεταβλητή.
- β. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο για ημερήσια νοσηλεία ως διχοτόμος μεταβλητή με ενδεχόμενες απαντήσεις «Ναι» και «Όχι» και ο αριθμός των εισαγωγών για ημερήσια νοσηλεία ως διακριτή μεταβλητή.

Δείκτες χρήσης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο με περίοδο αναφοράς τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες:

- α. Η πραγματοποίηση επίσκεψης σε ή η λήψη συμβουλής από γιατρό γενικής ιατρικής ή παθολόγο για προσωπικό λόγο υγείας ως κατηγορική μεταβλητή με ενδεχόμενες κατηγορίες «Ναι» και «Όχι» και ο αριθμός των αντίστοιχων επισκέψεων/συμβουλών ως διακριτή μεταβλητή.
- β. Η πραγματοποίηση επίσκεψης σε ή η λήψη συμβουλής από χειρουργό ή γιατρό άλλης ειδικότητας (πλην γενικής ιατρικής ή παθολογίας) για προσωπικό λόγο υγείας ως κατηγορική μεταβλητή με ενδεχόμενες κατηγορίες «Ναι» και «Όχι» και ο αριθμός των αντίστοιχων επισκέψεων/συμβουλών ως διακριτή μεταβλητή.

2.2.1 Θεωρητικό πλαίσιο και ανεξάρτητες μεταβλητές

Αναφορικά με τους προσδιοριστές των εξεταζόμενων εκβάσεων έχουν αναπτυχθεί διάφορες ταξινομήσεις και θεωρητικά μοντέλα με κοινή ή διαφορετική αφετηρία και οπτική.¹⁵⁰⁻¹⁵⁴

Ειδικότερα, για την υγεία, και κατ' επέκταση τη ΣΥΠΖ, έχουν προταθεί εννοιολογικά και θεωρητικά πλαίσια, που μεταξύ άλλων εμπεριέχουν τους σχετικούς προσδιοριστές και τους ενσωματώνουν σε ένα πολύπλοκο ή απλούστερο κατά περίπτωση πλέγμα σχέσεων. Οι προσδιοριστές της υγείας εμπίπτουν σε πέντε γενικές κατηγορίες που αφορούν τις εφαρμοζόμενες πολιτικές, τους κοινωνικούς παράγοντες και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τις σχετιζόμενες με την υγεία ατομικές συμπεριφορές και τους βιολογικούς-γενετικούς παράγοντες.¹⁵⁵

Το ευρύτερα διαδεδομένο μοντέλο για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι αυτό των Dahlgren και Whitehead, που χρησιμοποιείται και από τον ΠΟΥ. Στο πρότυπο αυτό οι προσδιοριστές της υγείας απεικονίζονται με τη μορφή των «στρώσεων του ουράνιου τόξου» και κατανέμονται από το κέντρο προς την περιφέρεια του «τόξου» ως εξής:¹⁵⁶

- 1) Ηλικία, φύλο και γενετική προδιάθεση: ανήκουν στην κατηγορία των βιολογικών-γενετικών παραγόντων.
- 2) Τρόπος ζωής – σχετιζόμενες με την υγεία συνήθειες και συμπεριφορές του ατόμου.
- 3) Κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα, που σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη.
- 4) Συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον, την ανεργία, την εκπαίδευση, τη γεωργία και την παραγωγή τροφίμων και την πρόσβαση σε άλλα βασικά αγαθά, όπως η ύδρευση και η αποχέτευση, οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και η στέγαση.
- 5) Γενικότερες κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες.

Όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας το δημοφιλέστερο θεωρητικό πλαίσιο είναι το «συμπεριφορικό μοντέλο» του Andersen, το οποίο περιλαμβάνει τρεις γενικές κατηγορίες προσδιοριστών της χρήσης: τους παράγοντες που προδιαθέτουν για χρήση (predisposing), όπως είναι οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοί, τους παράγοντες που διευκολύνουν/καθιστούν τα άτομα ικανά για χρήση (enabling), όπως είναι οι οργανωτικοί και οι οικονομικοί παράγοντες, καθώς και την υγειονομική ανάγκη, συνειδητή ή μη. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να αφορούν το άτομο ή το γενικότερο πλαίσιο. Για παράδειγμα οι προσωπικές αξίες είναι ατομικοί προδιαθεσικοί παράγοντες, ενώ οι συλλογικές αξίες και τα πολιτισμικά πρότυπα και ήθη είναι προδιαθεσικοί παράγοντες του γενικότερου πλαισίου. Το εισόδημα είναι ατομικός οικονομικός παράγοντας, ενώ οι προβλεπόμενες στον κρατικό προϋπολογισμό δαπάνες για την υγεία είναι παράγοντας που αφορά το γενικότερο πλαίσιο, η εγγραφή στον οικογενειακό ιατρό και ο αριθμός των οικογενειακών ιατρών σε μία περιοχή είναι οργανωτικοί παράγοντες που αφορούν το άτομο και το γενικότερο πλαίσιο αντίστοιχα, ενώ το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας και η θνησιμότητα σε έναν πληθυσμό είναι σχετιζόμενοι με την υγειονομική ανάγκη παράγοντες που αφορούν το άτομο και το γενικότερο πλαίσιο αντίστοιχα.^{150,157}

Με βάση και τις παραπάνω ταξινομήσεις-μοντέλα και σε σχέση με τις διαθέσιμες έρευνες πεδίου, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εξετάζονται στο πλαίσιο μελέτης της ΣΥΠΖ είναι:

- α. Η ηλικία (κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες: 18-45 ετών, 46-64 ετών και 65 ετών και άνω), που εμπίπτει στα εγγενή χαρακτηριστικά.

- β. Το φύλο (κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες: άνδρας, γυναίκα), που επίσης εμπίπτει στα εγγενή χαρακτηριστικά.
- γ. Το εκπαιδευτικό επίπεδο (κατηγορική μεταβλητή με δύο κατηγορίες: απόφοιτος Λυκείου ή λιγότερο και απόφοιτος ιδρύματος της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης), που σχετίζεται με τις εργασιακές συνθήκες και τις συνθήκες διαβίωσης.
- δ. Η οικογενειακή κατάσταση (κατηγορική μεταβλητή με τρεις κατηγορίες: άγαμοι, έγγαμοι ή σε συμβίωση και διαζευγμένοι ή χήροι), που σχετίζεται με τα κοινωνικά δίκτυα.
- ε. Η κατάσταση απασχόλησης ως κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες: i) απασχολούμενοι, ii) άνεργοι και ασχολούμενοι με τα οικιακά, iii) άνεργοι με διαθέσιμο εισόδημα – συνταξιούχοι και εισοδηματίες– και iv) άλλοι, για παράδειγμα φοιτητές και στρατιώτες, που σχετίζεται με τις εργασιακές συνθήκες και τις συνθήκες διαβίωσης.
- στ. Το αυτοαναφερόμενο μηνιαίο διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα, που σχετίζεται με τις εργασιακές συνθήκες και τις συνθήκες διαβίωσης (κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες: χαμηλό 0-1099€, μεσαίο 1100–2250€, υψηλό > 2250€ και δεν ξέρω/δεν απαντώ). Μάλιστα, για να είναι εφικτή η σύγκριση των εισοδημάτων του 2003 και του 2016, έγινε μετατροπή των ονομαστικών αξιών του 2003 σε πραγματικές αξίες του 2016 χρησιμοποιώντας τον Εναρμονισμένο Δείκτη Τιμών Καταναλωτή για την Ελλάδα από τη βάση της Eurostat. Οι συγκεκριμένες κλάσεις εισοδημάτων επιλέχθηκαν με κριτήριο τη συγκρισιμότητα των δύο ερευνών, καθώς οι εισοδηματικές κατηγορίες δε συνέπιπταν λόγω διαφορών στα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια, αλλά και λόγω του μετασχηματισμού, ώστε να ληφθεί υπόψη η επίδραση του πληθωρισμού. Οι συμμετέχοντες που δεν προσδιόρισαν το επίπεδο του εισοδήματός τους δεν εξαιρέθηκαν από την ανάλυση και εξετάστηκαν ως ξεχωριστή κλάση, επειδή αποτελούσαν σημαντικό ποσοστό του δείγματος και κατ' εφαρμογή της συνιστώμενης από ορισμένους ερευνητές μεθοδολογίας για τη διαχείριση των ελλειπουσών δεδομένων της μεταβλητής «εισόδημα» στις έρευνες πεδίου.¹⁵⁸
- ζ. Το έτος έρευνας ως κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες «2003» και «2016», που αποτελεί έμμεσο δείκτη της κρίσης, με το έτος 2003 να εκφράζει την περίοδο προ κρίσης και το 2016 να εκφράζει τις συνθήκες κρίσης και ύφεσης.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εξετάζονται για τη μελέτη του αυτο-εκτιμώμενου επιπέδου υγείας, του πλήθους των αυτο-αναφερόμενων νοσημάτων και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο είναι:

- α. Η ηλικία (κατηγορική μεταβλητή με τρεις κατηγορίες: 15-45 ετών, 46-64 ετών και άνω των 65 ετών).
- β. Το φύλο (κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες: άνδρας, γυναίκα).
- γ. Το εκπαιδευτικό επίπεδο (κατηγορική μεταβλητή με δύο κατηγορίες: χαμηλό, δηλαδή απόφοιτος λυκείου ή κατώτερο, και υψηλό, δηλαδή πτυχιούχος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης).
- δ. Η οικογενειακή κατάσταση (κατηγορική μεταβλητή με τρεις κατηγορίες: άγαμοι, έγγαμοι/σε συμβίωση και διαζευγμένοι/χήροι).
- ε. Η θέση στην απασχόληση (κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες: i) απασχολούμενοι, ii) άνεργοι, iii) συνταξιούχοι και iv) άλλο, που συμπεριλαμβάνει τους μαθητές, τους φοιτητές, τους στρατιώτες και άλλες ομάδες προσωρινά ή μόνιμα οικονομικά ανενεργών ατόμων).
- στ. Η περιοχή διαμονής του νοικοκυριού, στο οποίο ανήκει το ερευνώμενο άτομο, με βάση το βαθμό αστικότητας, δηλαδή την πυκνότητα του πληθυσμού (κατηγορική μεταβλητή με τρεις κατηγορίες: πυκνοκατοικημένη, μέσης πυκνότητας περιοχή και αραιοκατοικημένη).
- ζ. Το αυτοαναφερόμενο μηνιαίο διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα, ως δίτιμη κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες χαμηλό εισόδημα, που αφορά τα άτομα που ανήκουν στα δύο κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια, και υψηλό, που αφορά στην ουσία τα άτομα με μεσαίο και υψηλό εισόδημα, που ανήκουν στα τρία ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια.
- η. Το έτος έρευνας ως κατηγορική μεταβλητή με κατηγορίες «2009» και «2014», που αποτελεί έμμεσο δείκτη της εξέλιξης της κρίσης, με το έτος 2009 να εκφράζει την περίοδο πριν από την εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας, κατά την έναρξη της κρίσης και πριν από την εκδήλωση των επιπτώσεων της κρίσης, και το έτος 2014 να εκφράζει τις συνθήκες υπό την επήρεια της οικονομικής κρίσης, της μακροχρόνιας ύφεσης και των μέτρων λιτότητας. Τα δεδομένα των συγκεκριμένων ετών έχουν μελετηθεί και από άλλους ερευνητές στο πλαίσιο της διερεύνησης της επίδρασης της κρίσης σε διάφορες πτυχές της δημόσιας υγείας σε εθνικό επίπεδο, όπως η υγεία του γενικού πληθυσμού, οι υγειονομικές ανισότητες ή ακόμα και η χρήση υπηρεσιών υγείας σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.¹⁵⁹⁻¹⁶¹
- θ. Ο αριθμός των ατόμων στα οποία ο ερευνώμενος μπορεί να απευθυνθεί, σε περίπτωση σοβαρού προσωπικού προβλήματος, για τη λήψη οικονομικής βοήθειας ή άλλης φύσεως υποστήριξης. Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτελεί μέτρο εκτίμησης του κοινωνικού δικτύου του ατόμου και έμμεσα εκφράζει την ποσοτική διάσταση της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, με την τελευταία να ενσωματώνει εννοιολογικά και την ποιοτική διάσταση, που σχετίζεται με την ικανοποίηση των ατόμων από την υποστήριξη που λαμβάνουν.¹⁶² Πρόκειται για διχοτόμο μεταβλητή με κατηγορίες: «επαρκές δίκτυο», που αφορά όσους μπορούν να αντλήσουν υποστήριξη από τρία ή περισσότερα άτομα, και

«φτωχό» ή «ανεπαρκές δίκτυο», που αφορά όσους μπορούν να βασίζονται σε λιγότερα από τρία άτομα για την αντιμετώπιση οικονομικών ή άλλων προσωπικών προβλημάτων.

- ι. Το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας υπεισέρχεται στη μελέτη ως προσδιοριστής της χρήσης και χρησιμοποιείται ως διχοτόμος μεταβλητή με κατηγορίες το «πολύ κακό ή κακό ή μέτριο» και το «καλό ή πολύ καλό» επίπεδο.
 - ια. Η ύπαρξη και η απουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας αποτελούν τις ενδεχόμενες κατηγορίες της μεταβλητής που σχετίζεται με τη νοσηρότητα, και χρησιμοποιείται ως ανεξάρτητη μεταβλητή στα μοντέλα για την ερμηνεία της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.
 - ιβ. Το αίσθημα του πόνου τις τέσσερις εβδομάδες που προηγήθηκαν της έρευνας αποτελεί κατηγορική μεταβλητή με πιθανές τιμές «καθόλου ή ήπιος ή μέτριος πόνος» και «έντονος ή υπερβολικός πόνος».
 - ιγ. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ, πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά δια του τετραγώνου του ύψους σε μέτρα) χρησιμοποιείται ως κατηγορική μεταβλητή με τέσσερις κατηγορίες i) ελλιποβαρή άτομα με $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,50 \text{ kg/m}^2$, ii) φυσιολογικά άτομα με $\Delta\text{Μ}\Sigma 18,50-24,99 \text{ kg/m}^2$, iii) υπέρβαρα άτομα με $\Delta\text{Μ}\Sigma 25,00-29,99 \text{ kg/m}^2$ και iv) παχύσαρκα άτομα με $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Αποτελεί μεταβλητή που άλλοτε εξετάζεται ως ενδεικτική της κατάστασης υγείας και άλλοτε, όπως στην παρούσα μελέτη, ως έμμεσος δείκτης των συνθηκών και του τρόπου ζωής του ατόμου.
 - ιδ. Ο συνήθης ημερήσιος χρόνος βόδισης αποτελεί κατηγορική μεταβλητή με δύο κατηγορίες: i) λιγότερο από μισή ώρα και ii) μισή ώρα ή περισσότερο.
 - ιε. Η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων σε εβδομαδιαία βάση, εξαιρουμένων των τροφίμων που περιέχουν φρούτα και των φρουτοχυμών (κατηγορική μεταβλητή με δύο κατηγορίες: i) υψηλή, όταν πρόκειται για τέσσερις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα και ii) χαμηλή, όταν πρόκειται για τρεις ή λιγότερες φορές την εβδομάδα).
 - ιστ. Η συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών σε εβδομαδιαία βάση, εξαιρουμένης της πατάτας (κατηγορική μεταβλητή με δύο κατηγορίες: i) υψηλή, όταν πρόκειται για τέσσερις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα και ii) χαμηλή, όταν πρόκειται για τρεις ή λιγότερες φορές την εβδομάδα).
 - ιζ. Η συχνότητα κατανάλωσης καπνού και συναφών προϊόντων, συμπεριλαμβανομένου και του ηλεκτρονικού τσιγάρου, κατά την περίοδο της έρευνας (κατηγορική μεταβλητή με τρεις κατηγορίες: καθόλου, περιστασιακά και καθημερινά).

2.3. Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκαν μέθοδοι της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών, η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση (TA), η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (ETE) για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Η κανονική κατανομή των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκε με σύγκριση των τιμών μεταξύ του μέσου και της διακύμανσης, εκτίμηση των συντελεστών ασυμμετρίας και κύρτωσης, εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου των Kolmogorov-Smirnov και διαγραμματικά παρέχοντας ισχυρές ενδείξεις για την ύπαρξη ασυμμετρίας - μη κανονικότητας. Έτσι, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney (U) για τη σύγκριση των μη κανονικά κατανομημένων σκορ των οκτώ διαστάσεων και των δύο συνοπτικών κλιμάκων. Επίσης, για τη μελέτη της διαχρονικής εξέλιξης-σύγκρισης των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Τέλος, τα δεδομένα των διαφορετικών ετών των Εθνικών Ερευνών Υγείας ενοποιήθηκαν, όπως και τα δεδομένα των ερευνών στο λεκανοπέδιο Αττικής για τη ΣΥΠΖ, και από το συνδυασμό τους προέκυψαν δύο αρχεία δεδομένων, ένα για κάθε «συγκεντρωτικό δείγμα», στα οποία και εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης, ακολουθώντας τη μεθοδολογία προηγούμενων ερευνητών, που χρησιμοποίησαν την ψευδομεταβλητή «έτος έρευνας» ως έμμεσο δείκτη της οικονομικής κρίσης.^{160,163-165}

Τα δεδομένα ελέγχθηκαν για ελλείπουσες τιμές, οι οποίες διαπιστώθηκε ότι αφορούσαν ένα χαμηλό ποσοστό (κατώτερο του 10%) του εκάστοτε «συγκεντρωτικού δείγματος» και δεδομένου του μεγάλου μεγέθους των μελετώμενων δειγμάτων, ως μέθοδος διαχείρισής τους επιλέχθηκε η διαγραφή των περιπτώσεων με ελλείπουσες τιμές σε μία ή περισσότερες μεταβλητές.¹⁶⁶

Τα υποδείγματα πολλαπλής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

- α. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμησης για τις βαθμολογίες των συνοπτικών κλιμάκων της ΣΥΠΖ. Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta) και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% Confidence Interval-CI) και παρατηρούμενα επίπεδα σημαντικότητας (τιμή p, p-value).
- β. Διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση για το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας. Τα αποτελέσματα παρατίθενται με τη μορφή του λόγου συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratio-OR), των αντίστοιχων 95% CIs και παρατηρούμενων επιπέδων σημαντικότητας.

- γ. Διατακτικό αθροιστικό λογιστικό μοντέλο παλινδρόμησης και συγκεκριμένα το μοντέλο των αναλογικών λόγων πιθανοτήτων (cumulative odds ordinal logistic regression with proportional odds) για τον αριθμό των αυτοαναφερόμενων νοσημάτων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως OR με τα αντίστοιχα 95% CIs και τις τιμές p.
- δ. Αρνητική διωνυμική παλινδρόμηση (Negative Binomial Regression-NBR) για τη χρήση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πλήθος επισκέψεων/συμβουλευτικών επικοινωνιών). Χρησιμοποιείται για την ανάλυση μεταβλητών που λαμβάνουν θετικές ακέραιες τιμές και χαρακτηρίζονται από υπερδιασπορά, δηλαδή η διακύμανση (variance) υπερβαίνει την μέση τιμή (mean). Αποτελεί ένα γενικευμένο γραμμικό μοντέλο (Generalized Linear Model) και συγκεκριμένα πρόκειται για γενίκευση της Poisson παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα παρατίθενται με τη μορφή του λόγου των πηλίκων επίπτωσης (Incidence Rate Ratio-IRR) και των αντίστοιχων 95% CIs και τιμών p.¹⁶⁷
- ε. Μηδενικά διογκωμένη αρνητική διωνυμική παλινδρόμηση (Zero Inflated Negative Binomial Regression-ZINBR) για τη χρήση της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης (αριθμός διανυκτερεύσεων ή εισαγωγών για ημερήσια νοσηλεία). Πρόκειται για γενικευμένο γραμμικό μοντέλο που έχει μορφοποιηθεί για μηδενικές καταμετρήσεις, οι οποίες και εκφράζουν το ενδεχόμενο να μην έγινε εισαγωγή στο νοσοκομείο για κάποιον από τους εξεταζόμενους τύπους νοσηλείας. Είναι ένα από τα δημοφιλέστερα μοντέλα πιθανοτήτων για διακριτά δεδομένα με υπερμεταβλητότητα (overdispersion) και αυξημένο αριθμό μηδενικών τιμών. Τα αποτελέσματα της ZINBR παρουσιάζονται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, το μοντέλο της αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης (count model) χρησιμοποιεί τις ανεξάρτητες μεταβλητές για τον προσδιορισμό της πιθανότητας για περισσότερες επισκέψεις και τα αποτελέσματα παρατίθενται με τη μορφή του λόγου των πηλίκων επίπτωσης (IRR). Στο δεύτερο μέρος, το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης (logit model - με logit συνάρτηση σύνδεσης, που μετασχηματίζει την εξαρτημένη μεταβλητή, ώστε να καταστεί εφικτή η εκτίμηση του μοντέλου) χρησιμοποιεί τις ίδιες ανεξάρτητες μεταβλητές για να υπολογιστεί η πιθανότητα για μηδενικές καταμετρήσεις, δηλαδή μη χρήσης των μελετώμενων τύπων ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, και τα αποτελέσματα παρατίθενται με τη μορφή του λόγου συμπληρωματικών πιθανοτήτων (OR).¹⁶⁸ Εν ολίγοις, η λογιστική παλινδρόμηση μελετά την πιθανότητα μη χρήσης και η αρνητική διωνυμική την πιθανότητα για περισσότερη χρήση.^{167,169}

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows version 25) και για τις ανάγκες της μηδενικά διογκωμένης αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης συνδυάστηκε με:

1. Το κατάλληλο «πακέτο» της R (STATS ZEROINFL) για τον υπολογισμό των Zero-Inflated Count Models, το οποίο χρησιμοποιήθηκε ως επέκταση του SPSS, και
2. Τη συνάρτηση Exp του Excel για τον προσδιορισμό των ORs και των IRRs κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής (συνάρτηση για την αντιλογαριθμοποίηση των εκτιμήσεων των συντελεστών β του υποδείγματος της παλινδρόμησης), επειδή το «πακέτο» STATS ZEROINFL δεν παρέχει τις τιμές των ORs και των IRRs.

Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το προκαθορισμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (α) τέθηκε στο 0,05.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης:

- των ερευνών πεδίου για τη ΣΥΠΖ στους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας πριν από την οικονομική κρίση και κατά τη διάρκειά της και μάλιστα έπειτα από την υιοθέτηση τριών Μνημονίων και
- των ερευνών πεδίου για την κατάσταση υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της επικράτειας κατά την έναρξη της κρίσης, δηλαδή πριν από την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας και την εκδήλωση των κοινωνικών και υγειονομικών επιπτώσεων, και κατά τη διάρκεια της κρίσης και συγκεκριμένα μετά την εφαρμογή των δύο πρώτων Μνημονίων και εν μέσω βαθιάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε διαφορετικές ενότητες και ξεχωριστά για κάθε τύπο έρευνας.

3.1. ΣΥΠΖ στον πληθυσμό της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας

3.1.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων-Περιγραφική στατιστική

Τα συγκρινόμενα δείγματα αποτελούνταν από 982 συμμετέχοντες το 2003 και 1060 το 2016 και όπως ήδη αναφέρθηκε και τεκμηριώθηκε στην ενότητα της μεθοδολογίας ήταν

αντιπροσωπευτικά των συγκρινόμενων πληθυσμών αναφοράς. Τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά τους φαίνονται στον πίνακα 5. Συγκεκριμένα, και στα δύο δείγματα η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 18-45 ετών, η μέση ηλικία ήταν κατά προσέγγιση τα 47 έτη και στις δύο έρευνες με τυπική απόκλιση τα 18 και τα 17 έτη το 2003 και το 2016 αντίστοιχα, το 54% το 2003 και το 53% το 2016 ήταν γυναίκες, μόλις το 26% των ερωτηθέντων της έρευνας του 2003 και το 28% αυτών της έρευνας του 2016 είχαν ολοκληρώσει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, το ποσοστό όσων ήταν έγγαμοι ή σε σχέση συμβίωσης κυμάνθηκε γύρω στο 60% και στις δύο έρευνες, ενώ το ποσοστό των άγαμων αυξήθηκε κατά το ποσοστό μείωσης που σημειώθηκε στην κατηγορία των διαζευγμένων και των χήρων. Όσον αφορά τη θέση στην απασχόληση, μειώθηκε σημαντικά το 2016 το ποσοστό των συνταξιούχων και παραδόξως αυξήθηκε το ποσοστό των απασχολούμενων και μειώθηκε το ποσοστό των ανέργων. Αξίζει δε, να σημειωθεί ότι στην κατηγορία των ανέργων εντάχθηκαν και οι απασχολούμενες με τα οικιακά συμμετέχουσες και ότι στη σημαντική μείωση (κατά 8%) του ποσοστού αυτής της υποκατηγορίας των ανέργων, δηλαδή των νοικοκυρών, θα μπορούσε να αποδοθεί η μείωση του ποσοστού των ανέργων. Η μείωση των ποσοστών των ανέργων και των συνταξιούχων αποτελεί μία πιθανή ερμηνεία της απροσδόκητης αύξησης των απασχολούμενων, που θα πρέπει να εξεταστεί σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δε λαμβάνεται υπόψη το καθεστώς της απασχόλησης, δηλαδή το αν πρόκειται για μερική ή πλήρη απασχόληση ή ακόμα και για αδήλωτη εργασία. Ενδεχομένως, η κρίση και η απώλεια εισοδήματος οδήγησαν τις νοικοκυρές ή και τους συνταξιούχους στην αναζήτηση εργασίας και είναι πιθανό τα δεδομένα των δύο ερευνών σχετικά με τη θέση στην απασχόληση να διαφέρουν από αυτά των επίσημων στατιστικών του κράτους για την απασχόληση. Επίσης, η απροσδόκητη αυτή αύξηση του ποσοστού των απασχολούμενων θα πρέπει να εξεταστεί με επιφύλαξη, καθώς διαφέρει από τα ποσοστά απασχόλησης των επίσημων στατιστικών, που λαμβάνουν υπόψη το συνολικό εργατικό δυναμικό και όχι το σύνολο των ενηλίκων και δεν έχει εφαρμοστεί καμία τεχνική για την εξάλειψη της επίδρασης της εποχικότητας. Τέλος, αναφορικά με το αυτοαναφερόμενο εισόδημα η επικρατέστερη εισοδηματική κατηγορία είναι αυτή που αφορά το μεσαίο εισόδημα και παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των συμμετεχόντων και στις τρεις εισοδηματικές κατηγορίες, που πιθανότατα σχετίζεται με τη μείωση του ποσοστού των ελλειπουσών τιμών στην έρευνα του 2016 και όχι με την πραγματική μεταβολή της εισοδηματικής κατάστασης του μελετώμενου πληθυσμού.

Πίνακας 5. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων για τη διερεύνηση της ΣΥΠΖ (2003 και 2016)

	2003		2016	
Ηλικία (μέσος, ΤΑ)	46,7 (18,1)		47,1 (16,9)	
	N	%	N	%
Ηλικιακή ομάδα				
18-45	500	50,9	535	50,5
46-64	278	28,3	309	29,2
65+	204	20,8	216	20,4
Φύλο				
Άνδρες	450	45,8	501	47,3
Γυναίκες	532	54,2	559	52,7
Εκπαίδευση				
Τριτοβάθμια	255	26,0	298	28,1
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	721	73,4	762	71,9
Ελλείπουσες τιμές	6	0,6		
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	250	20,7	297	28,0
Έγγαμος/σε συμβίωση	604	60,1	649	61,2
Διαζευγμένος/Χήρος	124	19,2	114	10,8
Ελλείπουσες τιμές	4	0,4		
Θέση στην απασχόληση				
Απασχολούμενος	414	42,2	577	54,4
Άνεργος-Νοικοκυρά	222	22,6	180	17,0
Συνταξιούχος-Εισοδηματίας	270	27,5	222	20,9
Άλλο	76	7,7	81	7,6
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)				
Χαμηλό	267	27,2	297	28,0
Μεσαίο	351	35,7	448	42,3
Υψηλό	135	13,7	159	15,0
Ελλείπουσες τιμές	229	23,3	156	14,7

ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

Στον πίνακα 6 συνοψίζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις οκτώ διαστάσεις και τις δύο συνοπτικές κλίμακες του SF-36 για το σύνολο των συμμετεχόντων σε καθεμία από τις δύο έρευνες (2003, 2016) και στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις δύο συνοπτικές κλίμακες κάθε επιμέρους δημογραφικής και κοινωνικοοικονομικής ομάδας των δύο συλλεχθέντων δειγμάτων.

3.1.2. Επαγωγική στατιστική

Αναφορικά με τις διαστάσεις και τις συνοπτικές κλίμακες, συγκρίθηκαν τα δύο δείγματα με το μη παραμετρικό Mann-Whitney στατιστικό έλεγχο και στην τελευταία στήλη του πίνακα 6 παρατίθεται το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας για κάθε τεστ. Έτσι, προέκυψε ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης επιδεινώθηκαν τα σκορ του σωματικού ρόλου (RP), της ζωτικότητας (VT), της κοινωνικής λειτουργικότητας (SF), του συναισθηματικού ρόλου (RE), της ψυχικής υγείας (MH) και της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (MCS), βελτιώθηκαν τα σκορ της σωματικής λειτουργικότητας (PF), του σωματικού πόνου (BP) και της συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (PCS), ενώ το σκορ της γενικής υγείας (GH) δε μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά. Επίσης, τα δύο δείγματα συγκρίθηκαν με το στατιστικό τεστ Mann-Whitney ως προς τις δύο συνοπτικές κλίμακες ανά δημογραφική, κοινωνική ή οικονομική υποομάδα και οι τιμές του παρατηρούμενου επιπέδου σημαντικότητας των σχετικών ελέγχων φαίνονται στον πίνακα 7. Ως προς τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες το 2016 στο σύνολο των συμμετεχόντων, αλλά και σε επιμέρους ομάδες και ειδικότερα, στους άνδρες, στις γυναίκες, στα άτομα και των δύο εκπαιδευτικών κατηγοριών, στους άγαμους, σε όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής «θέση στην απασχόληση» εξαιρουμένης της κατηγορίας «άνεργοι και νοικοκυρές» και σε όλες της εισοδηματικές κατηγορίες, πλην της κατηγορίας «υψηλό εισόδημα». Στην ουσία η PCS βελτιώθηκε σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες και μόνο στους έγγαμους και όσους συμβιώναν,

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία των οκτώ διαστάσεων και των δύο συνοπτικών κλιμάκων και σύγκριση των βαθμολογιών των δύο ετών

	2003		2016		Τιμή p ελέγχου Mann-Whitney U*
	Μέσος (TA)	Διάμεσος (ETE)	Μέσος (TA)	Διάμεσος (ETE)	
PF	79,60 (26,36)	90 (70-100)	82,19 (26,48)	100 (70-100)	0,000
RP	78,62 (38,62)	100 (75-100)	76,56 (38,46)	100 (50-100)	0,039
BP	72,40 (31,96)	84 (51-100)	79,14 (26,73)	100 (62-100)	0,000
GH	66,62 (23,72)	72 (52-87)	65,66 (25,85)	72 (47-87)	0,773
VT	65,96 (22,42)	70 (55-85)	61,80 (21,60)	65 (50-80)	0,000
SF	81,38 (28,65)	100 (75-100)	78,63 (25,65)	87,50 (62,50-100)	0,000
RE	81,09 (36,70)	100 (100-100)	77,67 (37,22)	100 (66,67-100)	0,002
MH	68,17 (21,05)	72 (56-84)	65,26 (19,03)	68 (52-80)	0,000
PCS	48,62 (11,15)	52,27 (43,06-56,78)	50,18 (11,29)	54,95 (43,51-58,69)	0,000
MCS	49,22 (11,27)	52,27 (44,35-57,01)	46,73 (9,67)	48,50 (41,05-54,04)	0,000

TA: Τυπική Απόκλιση, PF: σωματική λειτουργικότητα, RP: σωματικός ρόλος, BP: σωματικός πόνος, GH: γενική υγεία, VT: ζωτικότητα, SF: κοινωνική λειτουργικότητα, RE: συναισθηματικός ρόλος, MH: ψυχική υγεία, PCS: συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, MCS: συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας

* αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας: 0,05

Πίνακας 7. PCS και MCS στις επιμέρους δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές υποομάδες ανά έτος έρευνας και σύγκριση των προ κρίσης και κατά την κρίση βαθμολογιών τους

	PCS			MCS		
	2003	2016	Τιμή p ελέγχου Mann- Whitney U*	2003	2016	Τιμή p ελέγχου Mann- Whitney U*
	Μέσος (ΤΑ) Διάμεσος (ΕΤΕ)	Μέσος (ΤΑ) Διάμεσος (ΕΤΕ)		Μέσος (ΤΑ) Διάμεσος (ΕΤΕ)	Μέσος (ΤΑ) Διάμεσος (ΕΤΕ)	
Σύνολο	48,62 (11,15) 52,27(43,06-56,78)	50,18 (11,29) 54,95 (43,51-58,69)	0,000	49,22 (11,27) 52,47 (44,35-57,01)	46,73 (9,67) 48,50 (41,05-54,04)	0,000
Ηλικιακή ομάδα						
18-45	53,12 (7,53) 55,34 (50,63-58,10)	56,09 (6,05) 57,87 (54,90-59,56)	0,000	50,57 (10,43) 53,13 (47,58-57,50)	49,66 (8,47) 51,46 (45,20-55,52)	0,000
46-64	47,05 (10,87) 50,46 (40,03-55,41)	49,00 (9,86) 52,77 (42,41-57,02)	0,030	49,14 (11,50) 52,88 (43,38-56,96)	45,72 (9,09) 47,05 (40,80-51,97)	0,000
65+	39,67 (12,91) 41,74 (28,72-50,42)	37,22 (11,81) 36,56 (27,19-46,80)	0,032	46,00 (12,27) 48,52 (38,72-56,27)	40,94 (10,38) 40,98 (33,77-47,90)	0,000
Φύλο						
Ανδρες	50,50 (10,15) 54,32 (47,05-57,58)	51,80 (10,42) 56,05 (47,55-58,96)	0,000	51,60 (9,82) 54,52 (49,08-57,80)	47,66 (9,02) 49,31 (42,55-54,53)	0,000

Γυναίκες	47,03 (11,70) 50,55 (40,60-55,67)	48,72 (11,83) 53,14 (41,07-58,01)	0,000	47,20 (12,00) 49,96 (39,99-56,33)	45,90 (10,16) 47,69 (39,59-53,54)	0,001
Εκπαίδευση						
Τριτοβάθμια	50,95 (9,56) 53,87 (47,45-57,26)	54,17 (8,30) 57,05 (51,03-59,50)	0,000	52,23 (9,10) 54,03 (49,34-57,96)	48,16 (9,22) 49,75 (42,28-55,07)	0,000
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	47,80 (11,52) 51,49 (41,62-56,59)	48,62 (11,90) 53,22 (40,21-58,20)	0,003	48,15 (11,76) 51,72 (42,08-56,79)	46,17 (9,80) 47,81 (40,77-53,52)	0,000
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	53,40 (8,30) 56,00 (50,86-58,39)	57,05 (5,45) 58,26 (56,14-59,67)	0,000	50,75 (10,05) 53,38 (45,88-58,14)	51,61 (7,41) 53,56 (48,45-56,38)	0,593
Έγγαμος/σε συμβίωση	48,14 (10,46) 51,44 (42,01-55,93)	48,64 (11,08) 51,82 (41,02-57,73)	0,052	49,60 (11,00) 52,70 (45,77-56,92)	45,45 (9,42) 46,54 (39,92-52,17)	0,000
Διαζευγμένος/Χήρος	41,08 (14,50) 43,96 (26,30-53,72)	41,06 (13,81) 42,45 (27,69-55,51)	0,949	44,39 (13,39) 46,79 (33,63-55,71)	41,35 (11,11) 41,86 (33,65-50,78)	0,031
Θέση στην απασχόληση						
Απασχολούμενος	52,36 (8,25) 54,82 (49,96-57,91)	54,14 (7,50) 56,89 (51,41-58,97)	0,000	50,93 (9,99) 53,43 (48,53-57,12)	48,62 (8,27) 50,12 (44,22-54,56)	0,000
Άνεργος-Νοικοκυρά	47,53 (11,29) 50,14 (40,42-56,67)	47,60 (12,74) 53,15 (37,48-58,66)	0,328	46,96 (12,40) 49,72 (40,09-56,19)	44,54 (10,93) 45,63 (38,90-52,68)	0,005

Συνταξιούχος-	41,92 (12,58)	39,03 (11,61)		47,74 (12,06)	41,41 (10,30)	
Εισοδηματίας	45,69 (35,27-52,05)	39,42 (29,01-48,96)	0,003	51,38 (39,44-56,98)	41,45 (33,99-49,49)	0,000
Άλλο	55,12 (4,81)	58,23 (2,72)		51,67 (9,54)	52,73 (5,89)	
	56,23 (52,82-58,12)	58,75 (57,18-59,99)	0,000	54,89 (49,42-58,21)	54,01 (49,76-57,21)	0,563
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)						
Χαμηλό	43,97 (13,21)	45,93 (13,22)		46,25 (12,45)	44,55 (10,13)	
	47,03 (33,38-55,65)	49,70 (36,65-57,73)	0,023	49,30 (38,93-56,23)	46,39 (39,41-52,36)	0,004
Μεσαίο	49,59 (10,17)	51,23 (10,18)		50,69 (10,64)	46,43 (9,55)	
	52,40 (45,64-56,67)	55,03 (45,99-58,75)	0,000	53,38 (47,05-58,02)	47,94 (40,79-53,60)	0,000
Υψηλό	52,04 (7,80)	52,73 (8,42)		50,42 (10,35)	48,90 (8,45)	
	53,73 (49,39-57,24)	55,61 (49,39-58,69)	0,150	53,41 (44,76-57,77)	50,47 (44,74-54,92)	0,013
Ελλείπουσες τιμές	50,53 (9,95)	52,63 (10,74)		49,70 (10,66)	49,53 (9,25)	
	53,62 (46,25-57,39)	59,00 (48,88-59,27)	0,000	52,90 (46,64-56,66)	51,96 (43,69-56,31)	0,445

ΤΑ τυπική απόκλιση, ΕΤΕ ενδοτεταρτημοριακό εύρος

* αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας: 0,05

στους διαζευγμένους και τους χήρους, στους ανέργους, στις νοικοκυρές και στα άτομα με υψηλό εισόδημα δε μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά. Από την άλλη, η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας το 2016 εμφάνισε χαμηλότερα σκορ τόσο στο σύνολο των ερευνώμενων ατόμων, όσο και σε όλες τις υποομάδες πλην ελαχίστων κατηγοριών, στις οποίες δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή. Οι ομάδες στις οποίες δεν μειώθηκε σημαντικά η MCS ήταν οι άγαμοι, οι φοιτητές-σπουδαστές και οι στρατιώτες («άλλο» στη μεταβλητή «θέση στην απασχόληση») και τα άτομα που δεν απάντησαν στην ερώτηση για το διαθέσιμο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.

3.1.2.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

Για το σύνολο των συμμετεχόντων των δύο ερευνών εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για καθεμία από τις δύο συνοπτικές κλίμακες του SF-36. Τα υποδείγματα, ελέγχθηκαν ως προς τις βασικές παραδοχές του γραμμικού μοντέλου και δεν διαπιστώθηκαν παραβιάσεις αυτών. Τα αποτελέσματα των δύο μοντέλων παρουσιάζονται στον πίνακα 8 (πίνακας 1 του παραρτήματος), όπου με έντονη γραφή δηλώνονται οι στατιστικά σημαντικοί προσδιοριστές. Παρατηρώντας τον πίνακα, προκύπτει ότι για την PCS η μεγαλύτερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό και μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με το υψηλό, το διαζύγιο και η χηρεία, η ανεργία, η ενασχόληση με τα οικιακά, η κατάσταση μη απασχόλησης για συνταξιούχους και εισοδηματίες, το χαμηλό και το μεσαίο οικογενειακό εισόδημα αποτελούν αρνητικούς προσδιοριστές, ενώ θετικοί προσδιοριστές είναι το να είναι κάποιος άγαμος και να συμμετέχει στην έρευνα του 2016. Για την MCS, η μεγαλύτερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό και μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο, το διαζύγιο και η χηρεία, η ανεργία, η ενασχόληση με τα οικιακά, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και η συμμετοχή στην έρευνα του 2016 αποτελούν αρνητικούς προσδιοριστές. Ακόμα, φαίνεται ότι τα άτομα που δεν προσδιόρισαν το ύψος του οικογενειακού τους εισοδήματος, δε διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από τα άτομα με υψηλό εισόδημα ως προς τη δυνατότητα πρόβλεψης της ΣΥΠΖ. Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι η κρίση, που προσεγγίζεται μέσω του έτους έρευνας για τις ανάγκες της μελέτης σχετίζεται με βελτίωση της σωματικής και επιδείνωση της ψυχικής διάστασης της ΣΥΠΖ. Επιπλέον, από τους συντελεστές προσδιορισμού R^2 συμπεραίνεται ότι οι επιλεγμένες επεξηγηματικές μεταβλητές ερμηνεύουν το 36% της μεταβλητότητας της PCS και μόλις το 12% της μεταβλητότητας της MCS. Τέλος, οι ισχυρότεροι προσδιοριστές της ΣΥΠΖ είναι η

ηλικία, το γυναικείο φύλο, η ιδιότητα του συνταξιούχου και το χαμηλό εισόδημα για την PCS, και η ηλικία, το διαζύγιο και η χηρεία, και οι συνθήκες οικονομικής κρίσης για την MCS.

Πίνακας 8. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για την PCS και την MCS

	PCS		MCS	
	B [†]	P [‡]	B [†]	P [‡]
Constant	57,137	0,000	53,719	0,000
Ηλικιακή ομάδα				
18-45	Ref		Ref	
46-64	-4,541	0,000	-1,291	0,033
65+	-11,501	0,000	-4,007	0,000
Φύλο				
Άνδρες	Ref		Ref	
Γυναίκες	-2,299	0,000	-1,922	0,000
Εκπαίδευση				
Τριτοβάθμια	Ref		Ref	
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	-1,466	0,003	-1,341	0,013
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	1,733	0,003	1,616	0,011
Έγγαμος/σε συμβίωση	Ref		Ref	
Διαζευγμένος/Χήρος	-1,286	0,070	-2,199	0,005
Θέση στην απασχόληση				
Απασχολούμενος	Ref		Ref	
Άνεργος-Νοικοκυρά	-1,815	0,002	-1,838	0,005
Συνταξιούχος-	-3,272	0,000	-0,747	0,352
Εισοδηματίας				
Άλλο	0,978	0,273	1,321	0,180
Οικογενειακό εισόδημα				
Χαμηλό	-3,128	0,000	-1,814	0,021
Μεσαίο	-1,262	0,045	-0,754	0,277
Υψηλό	Ref		Ref	
Ελλείπουσες τιμές	-1,087	0,127	-0,364	0,644

Έτος έρευνας	Ref		Ref	
2003				
2016	1,116	0,006	-2,784	0,000
R² (adjusted R²)	0,367 (0,363)		0,121 (0,115)	

* υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς

† μη τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης B, ‡ παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας
P-value

3.2. Επίπεδο υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της επικράτειας -Εθνικές Έρευνες Υγείας

3.2.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων-Περιγραφική στατιστική

Τα συγκρινόμενα δείγματα αποτελούνταν από 6172 άτομα το 2009 και 8223 το 2014. Τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά, καθώς και τα σχετιζόμενα με το επίπεδο υγείας, τις συμπεριφορές υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηριστικά τους φαίνονται στον πίνακα 9 (πίνακας 2 του παραρτήματος).

Συγκεκριμένα, και στα δύο δείγματα η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 15-45 ετών, η μέση ηλικία ήταν κατά προσέγγιση τα 53 έτη το 2009 και τα 54 το 2014 με τυπικές αποκλίσεις τα 19 περίπου έτη και στις δύο έρευνες, το 61% το 2009 και το 59% το 2014 ήταν γυναίκες, μόλις το 19% των ερωτηθέντων της έρευνας του 2009 και το 21% αυτών της έρευνας του 2014 είχαν ολοκληρώσει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, το ποσοστό όσων ήταν έγγαμοι ή σε σχέση συμβίωσης κυμάνθηκε κοντά στο 60% και στις δύο έρευνες, ενώ τα ποσοστά των άγαμων, των διαζευγμένων και των χήρων ήταν σχεδόν αμετάβλητα. Όσον αφορά τη θέση στην απασχόληση, το 2014 τα ποσοστά των απασχολούμενων και των ατόμων της κατηγορίας «άλλο» ήταν χαμηλότερα, ενώ τα ποσοστά των ανέργων και των συνταξιούχων αυξήθηκαν. Ως προς την περιοχή διαμονής του ερευνώμενου ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού, το 2014 παρατηρήθηκε αύξηση κατά 16 ποσοστιαίες μονάδες των ατόμων που διέμεναν σε μέσης πυκνότητας περιοχές και μείωση στα ποσοστά όσων ζούσαν σε πυκνοκατοικημένες και αραιοκατοικημένες περιοχές. Αναφορικά με το εισόδημα του νοικοκυριού στο οποίο ανήκαν οι συμμετέχοντες, διαπιστώθηκε αύξηση στο ποσοστό των

ατόμων με υψηλό οικογενειακό εισόδημα και οριακή αύξηση του ποσοστού των συμμετεχόντων με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, πιθανά επειδή το 2009 ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων δεν απάντησαν στη σχετική με το εισόδημα ερώτηση. Επίσης, σχετικά με το αυτοαναφερόμενο εισόδημα, η επικρατέστερη εισοδηματική κατηγορία είναι αυτή που αφορά το μεσαίο εισόδημα και παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των συμμετεχόντων και στις τρεις εισοδηματικές κατηγορίες, που πιθανότατα σχετίζεται με τη μείωση του ποσοστού των ελλειπουσών τιμών στην έρευνα του 2014 και όχι με πραγματική μεταβολή της εισοδηματικής κατάστασης του μελετώμενου πληθυσμού. Ως προς το κοινωνικό δίκτυο των συμμετεχόντων, κατά την περίοδο της κρίσης μειώθηκαν κατά δέκα ποσοστιαίες μονάδες όσοι δήλωσαν ότι διέθεταν επαρκή αριθμό ατόμων στο περιβάλλον τους για αναζήτηση βοήθειας σε περίπτωση προσωπικού προβλήματος και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και στις δύο έρευνες ανέφερε ότι το διαθέσιμο κοινωνικό δίκτυο ήταν περιορισμένο.

Όσον αφορά τα σχετιζόμενα με την υγεία χαρακτηριστικά, το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν πολύ κακό ή κακό ή μέτριο επίπεδο υγείας το 2014 μειώθηκε οριακά (κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες) σε σχέση με το 2009, γεγονός που δε μπορεί να αξιολογηθεί λόγω του ποσοστού των ελλειπουσών τιμών. Το ποσοστό των ατόμων χωρίς χρόνια προβλήματα υγείας κυμάνθηκε κοντά στο 50% και στις δύο έρευνες, παρουσιάζοντας ελαφρά μείωση το 2014 και συνοδευόμενο από ισόποση αύξηση του ποσοστού των χρονίως πασχόντων, στοιχείο που υποδηλώνει ήπια αύξηση της νοσηρότητας, η οποία στο πλαίσιο της επαγωγικής στατιστικής εξετάζεται για ενδεχόμενη στατιστική σημαντικότητα. Οριακή, επίσης, είναι και η μείωση του ποσοστού των ατόμων που αισθάνθηκαν έντονο ή υπερβολικό πόνο, κατά το διάστημα των τεσσάρων εβδομάδων που προηγήθηκαν της συνέντευξης, με το εν λόγω ποσοστό να κινείται σε χαμηλά επίπεδα, της τάξης του 10%.

Αναφορικά με τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, δεν σημειώθηκε κάποια μεταβολή ως προς τη μέση τιμή (κατά προσέγγιση 26 kg/m²) και την κατανομή (ποσοστά ατόμων ανά κατηγορία) του ΔΜΣ, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι και στις δύο έρευνες το 76% των ατόμων ισοκατανέμεται στις υποομάδες με τιμές δείκτη από 18,50-24,99 και 25,00-29,99 και ότι πάνω από το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ήταν υπέρβαροι. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ήπια αύξηση του ποσοστού των ατόμων που περπατάνε από μισή ώρα και πάνω ημερησίως, το οποίο σε γενικές γραμμές αφορά το ένα τρίτο των συμμετεχόντων, ενώ αυτοί που καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά τέσσερις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα είναι σταθερά πάνω από το 70% των ερευνώμενων ατόμων και η ανεπαίσθητη μεταβολή στην κατανάλωση φρούτων

και λαχανικών, μπορεί να σχετίζεται με την ύπαρξη ελλειπουσών τιμών στην έρευνα του 2014. Τέλος, τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων δεν καταναλώνουν προϊόντα καπνού και το 2014 φαίνεται να υπάρχει μία ήπια αύξηση των μη καπνιστών, στοιχείο που υποδηλώνει μείωση της καπνισματικής συνήθειας κατά την περίοδο της κρίσης.

Σχετικά με τις μεταβλητές χρήσης των υπηρεσιών υγείας, το 2014 το ποσοστό των συμμετεχόντων που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για νοσηλεία με διανυκτέρευση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο ήταν παραπλήσιο με αυτό του 2009, ενώ το ποσοστό των ερωτηθέντων που εισήχθησαν για νοσηλεία ημέρας μειώθηκε κατά δύομισι ποσοστιαίες μονάδες. Επίσης, σε σχέση με τη χρήση πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών τις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες, το ποσοστό των ατόμων που επισκέφτηκαν γενικό ιατρό ή παθολόγο παρέμεινε αμετάβλητο και κοντά στο 30% και στις δύο έρευνες, ενώ το ποσοστό αυτών που επισκέφτηκαν ιατρό άλλης ειδικότητας, οι οποίοι ανέρχονταν περίπου στο ένα πέμπτο των ερωτηθέντων και το 2009 και το 2014, μειώθηκε ελάχιστα.

Πίνακας 9. Χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων για τη διερεύνηση του επιπέδου υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (2009 και 2014)

	2009		2014	
	N	%	N	%
Ανεξάρτητες μεταβλητές				
Ηλικία (μέσος/ ΤΑ)	52,9/19,3		53,8/18,8	
15-45	2367	38,3	2966	36,1
46-64	1777	28,8	2558	31,1
65+	2028	32,9	2699	32,8
Φύλο				
Άνδρες	2412	39,1	3396	41,3
Γυναίκες	3760	60,9	4827	58,7
Εκπαίδευση				
Τριτοβάθμια	1180	19,1	1715	20,9
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	4992	80,9	6508	79,1
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	1278	20,7	1755	21,3

Έγγαμος/σε συμβίωση	3710	60,1	4777	58,1
Διαζευγμένος/Χήρος	1184	19,2	1691	20,6
Θέση στην απασχόληση				
Απασχολούμενος	2348	38,0	2655	32,3
Άνεργος	318	5,2	993	12,1
Συνταξιούχος	1955	31,7	2808	34,1
Άλλο	1551	25,1	1767	21,5
Περιοχή διαμονής του νοικοκυριού/ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού				
Πυκνοκατοικημένη	2626	42,5	3259	39,6
Μέσης πυκνότητας	715	11,6	2251	27,4
Αραιοκατοικημένη	2831	45,9	2713	33,0
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)				
Υψηλό (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	3185	51,6	4885	59,4
Χαμηλό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	2448	39,7	3338	40,6
Ελλείπουσες τιμές	539	8,7		
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (αριθμός ατόμων στα οποία μπορεί να βασιστεί)				
Επαρκής (≥3)	2719	44,1	2850	34,7
Φτώχη (0-2)	3405	55,2	5042	61,3
Ελλείπουσες τιμές	48	0,8	331	4,0
Παράγοντες που σχετίζονται με την υγειονομική ανάγκη				
Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή επιπέδου υγείας)				
Πολύ κακό/κακό/μέτριο	2031	32,9	2521	30,7
Καλό/πολύ καλό	4140	67,1	5419	65,9
Ελλείπουσες τιμές	1	0,0	283	3,4

Χρόνια προβλήματα υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή επιπέδου υγείας)				
Όχι	3095	50,1	3912	47,6
Ναι	3077	49,9	4311	52,4
Αριθμός χρονίων νοσημάτων (εξαρτημένη μεταβλητή επιπέδου υγείας)				
0	3095	50,1	3912	47,6
1	1475	23,9	1884	22,9
2	851	13,8	1142	13,9
3	403	6,5	577	7,0
4+	348	5,6	708	8,6
Πόνος τις τελευταίες 4 εβδομάδες				
Καθόλου/ήπιος/μέτριος	5449	88,3	7081	86,1
Έντονος/υπερβολικός	720	11,7	857	10,4
Ελλείπουσες τιμές	3	0,0	285	3,5
ΔΜΣ (μέσος/ ΤΑ)	26,3/4,7		26,2/4,5	
≤ 18,49	92	1,5	136	1,7
18,50-24,99	2410	39,0	3124	38,0
25-29,99	2309	37,4	3115	37,9
≥ 30	1119	18,1	1353	16,4
Ελλείπουσες τιμές	242	3,9	495	6,0
Περπάτημα				
≥ 30min ημερησίως	2167	35,1	2554	31,1
< 30 min ημερησίως	4005	64,9	5624	68,4
Ελλείπουσες τιμές			45	0,5
Κατανάλωση φρούτων				
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	4554	73,8	5827	70,9
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1617	26,2	2105	25,6
Ελλείπουσες τιμές	1	0,0	291	3,5
Κατανάλωση λαχανικών				
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	4866	78,9	6519	79,3
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1305	21,1	1408	17,1
Ελλείπουσες τιμές	1	0,0	296	3,6

Κάπνισμα				
Όχι	4073	66,0	5730	69,7
Περιστασιακά	372	6,0	395	4,8
Καθημερινά	1727	28,0	2065	25,1
Ελλείπουσες τιμές			33	0,4
Εξαρτημένες μεταβλητές χρήσης				
Αριθμός διανυκτερεύσεων στο νοσοκομείο το τελευταίο δωδεκάμηνο (μέσος/διάμεσος, TA/ETE)	1,1/0,0	6,3/ 0,0-0,0	0,8/0,0	5,5/ 0,0-0,0
Εισαγωγή σε νοσοκομείο με διανυκτέρευση το τελευταίο δωδεκάμηνο				
Ναι	697	11,3	880	10,7
Όχι	5466	88,6	7319	89,0
Ελλείπουσες τιμές	9	0,1	24	0,3
Αριθμός ημερών εισαγωγής στο νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο (μέσος/διάμεσος, TA/ETE)	0,6/0,0	5,7/0,0-0,0	0,4	2,5/0,0-0,0
Εισαγωγή σε νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο				
Ναι	729	11,9	1185	14,4
Όχι	5440	88,1	6996	85,1
Ελλείπουσες τιμές	3	0,0	42	0,5
Αριθμός επισκέψεων σε γενικό ιατρό ή παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες (μέσος/διάμεσος, TA/ETE)	0,5/0,0	1,5/ 0,0-1,0	0,4/0,0	0,9/ 0,0-1,0
Επισκέψεις σε γενικό ιατρό ή παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες				
Ναι	1874	30,3	2368	29,2
Όχι	4282	69,4	5754	70,8
Ελλείπουσες τιμές	16	0,3	101	1,2
Αριθμός επισκέψεων σε χειρουργό ή ιατρό άλλης ειδικότητας πέραν της γενικής ιατρικής	0,4/0,0	1,2/ 0,0-0,0	0,3/0,0	0,7/ 0,0-0,0

και της παθολογίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες (μέσος/διάμεσος, TA/ETE)				
Επίσκεψη σε χειρουργό ή ιατρό άλλης ειδικότητας πέραν της γενικής ιατρικής και της παθολογίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες				
Ναι	1350	21,9	1559	18,9
Όχι	4805	77,8	6609	80,4
Ελλείπουσες τιμές	17	0,3	55	0,7

TA τυπική απόκλιση, ETE ενδοτεταρτημοριακό εύρος

3.2.2. Επαγωγική στατιστική

Τα αποτελέσματα των ελέγχων Pearson's χ^2 για τη σύγκριση των κατανομών των εξαρτημένων μεταβλητών στις δύο εθνικές έρευνες συνοψίζονται στον πίνακα 10 (πίνακας 3 του παραρτήματος). Συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ετών παρατηρήθηκαν στις κατανομές που αφορούσαν τον αριθμό των χρονίων νοσημάτων, τις επισκέψεις σε ιατρούς άλλης ειδικότητας πλην της γενικής ιατρικής και της παθολογίας, που στο εξής θα αποκαλούνται «ειδικοί» ιατροί, τις τελευταίες 4 εβδομάδες και το ενδεχόμενο εισαγωγής σε νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο. Προκύπτει, λοιπόν, ότι το 2014 μειώθηκε το ποσοστό των ατόμων που επισκέφτηκαν ή συμβουλευτήκαν «ειδικούς» ιατρούς το 2014, αυξήθηκε το ποσοστό αυτών που εισήχθησαν σε νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας και αναφορικά με τα χρόνια νοσήματα υπάρχει ένδειξη ότι η νοσηρότητα μεταξύ των δύο ετών διαφέρει στατιστικά σημαντικά. Μάλιστα, οι εκ των υστέρων ανά ζεύγη έλεγχοι σύγκρισης των ποσοστών με διόρθωση του επιπέδου σημαντικότητας για κάθε σύγκριση (διόρθωση Bonferroni) ίση με $\alpha=0,05/5=0,01$, καταδεικνύουν ότι η αύξηση του ποσοστού των ατόμων με χρόνια νοσήματα το 2014 σχετίζεται με μείωση του ποσοστού των ατόμων χωρίς χρόνια πρόβλημα υγείας και αύξηση του ποσοστού των ατόμων με τέσσερα ή περισσότερα χρόνια προβλήματα υγείας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 11 (πίνακας 4 του παραρτήματος).

Στον πίνακα 5 του παραρτήματος παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των επιμέρους υποομάδων των δύο ερευνών ως προς τις μελετώμενες εξαρτημένες μεταβλητές και από τη σχετική ανάλυση συμπεραίνεται ότι:

α. Η κατανομή του αυτοεκτιμώμενου επιπέδου υγείας δε φαίνεται να μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά στο γενικό πληθυσμό, ενώ σε επιμέρους ομάδες των προσδιοριστών μεταβλήθηκε. Μάλιστα αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των ατόμων με κακή ή πολύ κακή υγεία αυξήθηκε το 2014 στους άνδρες και στα άτομα με υψηλό εισόδημα, ενώ μειώθηκε στις γυναίκες και σε παραδοσιακά ευάλωτες υποομάδες, όπως οι έχοντες χαμηλό εισόδημα ή φτωχό υποστηρικτικό δίκτυο, ή υποομάδες με επιβλαβείς συνήθειες υγείας, όπως οι καπνιστές.

Πίνακας 10. Σύγκριση των συμμετεχόντων των δύο εθνικών ερευνών ως προς τις μελετώμενες εξαρτημένες μεταβλητές της κατάστασης υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

		2009 %	2014 %	Pearson chi-square test (χ^2) p-value
Αυτο-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας	Πολύ κακό/κακό/μέτριο	32,9	31,8	0,143
	Καλό/πολύ καλό	67,1	68,2	
Χρόνια προβλήματα υγείας	Όχι	50,1	47,6	0,000
	Ναι	49,9	52,4	
Αριθμός χρονίων νοσημάτων	0	50,1	47,6	0,000
	1	23,9	22,9	
	2	13,8	13,9	
	3	6,5	7,0	
	4+	5,6	8,6	
Επισκέψεις σε γενικό ιατρό ή παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες	Όχι	69,6	70,8	0,096
	Ναι	30,4	29,2	
Επίσκεψη σε ιατρό άλλης ειδικότητας πέραν της γενικής ιατρικής και της παθολογίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες	Όχι	78,1	80,9	0,000
	Ναι	21,9	19,1	
	Όχι	88,7	89,3	0,274

Εισαγωγή σε νοσοκομείο με διανυκτέρευση το τελευταίο δωδεκάμηνο	Ναι	11,3	10,7	
Εισαγωγή σε νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο	Όχι	88,2	85,5	0,000
	Ναι	11,8	14,5	

Πίνακας 11. Ad hoc χ^2 τεστ ανά ζεύγη για τη σύγκριση των δύο ερευνών ως προς τα ποσοστά των συμμετεχόντων ανά κατηγορία της μεταβλητής «αριθμός χρονίων νοσημάτων»

	% των συμμετεχόντων του 2009	% των συμμετεχόντων του 2014	Pearson chi-square test (χ^2) p-value
Αριθμός χρονίων νοσημάτων			
0	50,1	47,6	0,002
1	23,9	22,9	0,166
2	13,8	13,9	0,864
3	6,5	7,0	0,251
4+	5,6	8,6	0,000

- β. Το ποσοστό των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας αυξήθηκε το 2014 στο σύνολο των συμμετεχόντων και σχεδόν σε όλες τις υποομάδες, ενώ μειώθηκε μόνο στα άτομα με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και στα άτομα που ανέφεραν χαμηλή κατανάλωση λαχανικών (σε ελάχιστες υποομάδες δε μεταβλήθηκε σημαντικά). Στην ουσία παρατηρήθηκε βελτίωση των σχετιζόμενων με την κατάσταση υγείας δεικτών στα άτομα με χαμηλό εισόδημα και μείωση της συχνότητας της κακής κατάστασης υγείας σε ομάδες με χαρακτηριστικά που συνιστούσαν αρνητικούς προσδιοριστές του επιπέδου υγείας.
- γ. Στο σύνολο, τα ποσοστά των χρηστών των υπηρεσιών των γενικών ιατρών δε μεταβλήθηκαν, ενώ των "ειδικών" ιατρών σημείωσαν μείωση. Όσον αφορά τις επιμέρους ομάδες, οι ερευνώμενοι που επισκέφτηκαν γενικό ιατρό μειώθηκαν μεταξύ των ατόμων

ηλικίας 46 έως 64 ετών, αυτών με χαμηλό εισόδημα, με φτωχό υποστηρικτικό δίκτυο, με δύο και τρία χρόνια νοσήματα, καθώς και μεταξύ των καπνιστών και όσων ανέφεραν χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών των «ειδικών» ιατρών μειώθηκαν στις περισσότερες κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων των ομάδων που δεν ακολουθούσαν υγιεινά πρότυπα διαβίωσης ως προς τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, των ευάλωτων και μη ομάδων με βάση το εισόδημα, των έγγαμων, των διαζευγμένων και των χήρων, των ατόμων άνω των 45 ετών, αυτών με χαμηλό και μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο, των κατοίκων πυκνοκατοικημένων περιοχών, των χρονίως πασχόντων, όσων περιέγραψαν το επίπεδο της υγείας τους ως κακό ή πολύ κακό, όσων ανέφεραν απουσία πόνου ή ήπιο /μέτριο πόνο, των υπέρβαρων και των παχύσαρκων.

- δ. Το ποσοστό όσων ανέφεραν νοσηλεία με διανυκτέρευση στο νοσοκομείο κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο, ενώ δε μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά για το σύνολο, μειώθηκε το 2014 σε ελάχιστες υποομάδες και συγκεκριμένα στις γυναίκες, στα άτομα με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και φτωχό /ανεπαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο και σε όσους κατανάλωναν λαχανικά λιγότερες από τέσσερις φορές την εβδομάδα.
- ε. Το ποσοστό των χρηστών των υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά το 2014 και για το σύνολο και για τις περισσότερες υποομάδες των συμμετεχόντων, ακόμα και σε υποομάδες με υγιεινές συνήθειες, όπως οι μη καπνιστές, οι έχοντες φυσιολογικό ΔΜΣ και τα άτομα με επαρκή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, ενώ δε μειώθηκε σε καμία κατηγορία ερωτηθέντων.

3.2.2.1. Αναλύσεις παλινδρόμησης

Οι αναλύσεις παλινδρόμησης για τη «δεξαμενή», δηλαδή το συγκεντρωτικό σύνολο, των δεδομένων των δύο εθνικών ερευνών συνοψίζονται στους πίνακες 12 έως 15. Αναλυτικότερα, για το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας (πίνακας 12) προκύπτει ότι οι περισσότεροι παράγοντες του μοντέλου ήταν θετικοί προσδιοριστές του μέτριου/κακού/πολύ κακού επιπέδου υγείας, το 2014 ως έτος έρευνας και η διαμονή σε περιοχές με μέτριο βαθμό αστικοποίησης ήταν αρνητικοί προσδιοριστές, ενώ οι ιδιότητες του καπνιστή, του υπέρβαρου, του έγγαμου (ή σε συμβίωση) και του κατοίκου αραιοκατοικημένης περιοχής δεν αποτελούσαν στατιστικά σημαντικούς προσδιοριστές. Από τους μελετώμενους παράγοντες την ισχυρότερη προβλεπτική

αξία είχαν η ηλικία άνω των 45 ετών, το χαμηλό και μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης, η ιδιότητα του συνταξιούχου, η παρουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας και πόνου. Αναφορικά με την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα (πίνακας 12), όλοι οι παράγοντες του υποδείγματος ήταν θετικοί προσδιοριστές, με ισχυρότερους από αυτούς την ηλικία άνω των 45 ετών και τις ιδιότητες του διαζευγμένου/χήρου και του συνταξιούχου, ενώ το εισόδημα, ο τόπος κατοικίας με κριτήριο το βαθμό αστικοποίησης, το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και ο κατώτερος του φυσιολογικού ΔΜΣ δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί προσδιοριστές.

Πίνακας 12. Μοντέλα παλινδρόμησης για το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας και την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα

	Διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση- Αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας			Διατακτική λογιστική παλινδρόμηση-Αριθμός αυτοαναφερόμενων χρόνιων νοσημάτων		
	OR	95% CI OR	P-value	OR	95% CI OR	P-value
Ηλικιακή ομάδα						
15-45	Ref			Ref		
46-64	2,915	2,482-3,423	0,000	2,593	2,343-2,871	0,000
65+	5,493	4,497-6,709	0,000	7,071	6,169-8,105	0,000
Φύλο						
Άνδρες	Ref			Ref		
Γυναίκες	1,150	1,027-1,287	0,015	1,295	1,197-1,401	0,000
Εκπαίδευση						
Τριτοβάθμια	Ref			Ref		
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	1,820	1,550-2,137	0,000	1,214	1,097-1,343	0,000
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	Ref			Ref		
Έγγαμος/σε συμβίωση	1,128	0,949-1,340	0,172	1,265	1,132-1,412	0,000

Διαζευγμένος/Χήρος	1,482	1,212-1,812	0,000	1,631	1,425-1,867	0,000
Θέση στην απασχόληση						
Απασχολούμενος	Ref			Ref		
Άνεργος	1,698	1,374-2,099	0,000	1,192	1,033-1,376	0,016
Συνταξιούχος	1,845	1,559-2,184	0,000	1,718	1,526-1,934	0,000
Άλλο	1,788	1,523-2,099	0,000	1,461	1,310-1,629	0,000
Περιοχή διαμονής του νοικοκυριού/ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού						
Πυκνοκατοικημένη	Ref			Ref		
Μέσης πυκνότητας	0,849	0,740-0,975	0,021	0,978	0,890-1,076	0,650
Αραιοκατοικημένη	1,008	0,898-1,131	0,895	0,974	0,898-1,056	0,523
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)						
Υψηλό (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	Ref			Ref		
Χαμηλό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	1,402	1,262-1,559	0,000	1,075	0,998-1,158	0,058
Έτος έρευνας						
2009	Ref			Ref		
2014	0,799	0,720-0,886	0,000	1,205	1,121-1,296	0,000
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (αριθμός ατόμων στα οποία μπορεί να βασιστεί)						
Επαρκής (≥3)	Ref			Ref		
Φτωχή (0-2)	1,174	1,059-1,302	0,002	1,045	0,972-1,123	0,231
Αριθμός χρονίων νοσημάτων						
0	Ref					
1	2,707	2,385-3,073	0,000			
2	5,461	4,733-6,300	0,000			
3	9,999	8,233-12,144	0,000			

4+	19,611	15,475-24,853	0,000			
Πόνος τις τελευταίες 4 εβδομάδες						
Καθόλου/ήπιος/ μέτριος	Ref			Ref		
Έντονος/υπερβολικός	3,483	2,969-4,086	0,000	3,582	3,227-3,976	0,000
ΔΜΣ						
≤ 18,49	1,544	1,024-2,327	0,038	1,159	0,867-1,551	0,319
18,50-24,99	Ref			Ref		
25-29,99	1,007	0,896-1,131	0,912	1,390	1,282-1,507	0,000
≥ 30	1,215	1,057-1,397	0,006	2,256	2,047-2,487	0,000
Περπάτημα						
≥ 30min ημερησίως	Ref			Ref		
< 30 min ημερησίως	1,596	1,430-1,781	0,000	1,236	1,146-1,334	0,000
Κατανάλωση φρούτων						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1,215	1,070-1,379	0,003	1,080	0,989-1,179	0,088
Κατανάλωση λαχανικών						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1,327	1,151-1,529	0,000	1,093	0,990-1,205	0,078
Κάπνισμα						
Όχι	Ref			Ref		
Περιστασιακά	0.935	0.737-1.187	0.583	0.862	0.731-1.016	0.077
Καθημερινά	1.076	0.949-1.220	0.252	0.918	0.842-1.002	0.054

Ref: Υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς.

Όσον αφορά τη χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, σύμφωνα και με τους συντελεστές της παλινδρόμησης του πίνακα 13, φαίνεται ότι για τον αριθμό των επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς θετικοί προσδιοριστές ήταν η ηλικία άνω των 45 ετών, το γυναικείο φύλο, η λήψη

σύνταξης, το κακό και το πολύ κακό επίπεδο υγείας, η παρουσία ενός ή περισσότερων χρόνιων νοσημάτων και έντονου ή υπερβολικού πόνου και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, που εκφράζεται μέσω του αριθμού των ημερών κατά τις οποίες το άτομο περπατά σε εβδομαδιαία βάση. Αρνητικοί προσδιοριστές των επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς και παθολόγους ήταν το χαμηλό ή μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο, η διαμονή σε περιοχή ενδιάμεσης πυκνότητας ως προς τον πληθυσμό ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, η συμμετοχή στην έρευνα του 2014, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και το καθημερινό κάπνισμα, ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές της παλινδρόμησης δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί. Από τον ίδιο πίνακα για τον αριθμό των επισκέψεων σε «ειδικούς» ιατρούς προκύπτει ότι οι γυναίκες, οι έγγαμοι και όσοι συμβιώνουν, οι συνταξιούχοι και τα άτομα με κατάσταση απασχόλησης «άλλο», το κακό/πολύ κακό αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας, η παρουσία πόνου και χρόνιων προβλημάτων υγείας και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας συνδέονται με περισσότερες επισκέψεις, η ηλικία άνω των 45 ετών, το χαμηλό και μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η διαμονή σε αραιοκατοικημένη περιοχή, η συμμετοχή στην έρευνα του 2014 και το περιστασιακό κάπνισμα σχετίζονται με λιγότερες επισκέψεις και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά δεν αποτελούν προσδιοριστές του πλήθους των επισκέψεων σε ιατρούς ειδικότητας διαφορετικής της γενικής ιατρικής ή της παθολογίας. Από τους παραπάνω παράγοντες, οι ισχυρότεροι προσδιοριστές των δύο μοντέλων ερμηνείας της χρήσης των συγκεκριμένων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν η κακή αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας και η συμμετοχή στην έρευνα του 2014.

Πίνακας 13. Μοντέλα παλινδρόμησης για τις επισκέψεις σε γενικούς/παθολόγους ιατρούς και σε «ειδικούς» ιατρούς.

	Επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς			Επισκέψεις σε «ειδικούς» ιατρούς		
	IRR	95% CI	P-value	IRR	95% CI	P-value
Ηλικιακή ομάδα						
15-45	Ref			Ref		
46-64	1,273	1,146-1,414	0,000	0,840	0,742-0,951	0,006
65+	1,274	1,110-1,462	0,001	0,730	0,616-0,865	0,000

Φύλο						
Άνδρες	Ref			Ref		
Γυναίκες	1,119	1,038-1,205	0,003	1,266	1,153-1,390	0,000
Εκπαίδευση						
Τριτοβάθμια	Ref			Ref		
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	0,874	0,793-0,964	0,007	0,771	0,688-0,864	0,000
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	Ref			Ref		
Έγγαμος/σε συμβίωση	1,003	0,901-1,116	0,960	1,264	1,114-1,435	0,000
Διαζευγμένος/Χήρος	0,918	0,806-1,045	0,197	1,089	0,929-1,277	0,294
Θέση στην απασχόληση						
Απασχολούμενος	Ref			Ref		
Άνεργος	1,015	0,876-1,176	0,846	1,126	0,949-1,335	0,173
Συνταξιούχος	1,290	1,148-1,451	0,000	1,304	1,126-1,511	0,000
Άλλο	1,109	0,996-1,234	0,060	1,263	1,111-1,436	0,000
Περιοχή διαμονής του νοικοκυριού/ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού						
Πυκνοκατοικημένη	Ref			Ref		
Μέσης πυκνότητας	0,903	0,822-0,991	0,032	0,971	0,869-1,084	0,597
Αραιοκατοικημένη	0,979	0,906-1,057	0,585	0,691	0,626-0,762	0,000
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)						

Υψηλό (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	Ref			Ref		
Χαμηλό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	0,994	0,926-1,067	0,869	0,907	0,828-0,993	0,034
Έτος έρευνας						
2009	Ref			Ref		
2014	0,771	0,720-0,826	0,000	0,644	0,592-0,702	0,000
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (αριθμός ατόμων στα οποία μπορεί να βασιστεί)						
Επαρκής (≥3)	Ref			Ref		
Φτωχή (0-2)	1,003	0,936-1,074	0,943	0,934	0,857-1,017	0,115
Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας						
Καλό/πολύ καλό	Ref			Ref		
Πολύ κακό/κακό/ μέτριο	1,613	1,483-1,754	0,000	1,625	1,457-1,813	0,000
Χρόνια προβλήματα υγείας						
Όχι	Ref			Ref		
Ναι	1,865	1,705-2,041	0,000	1,705	1,529-1,902	0,000
Πόνος τις τελευταίες 4 εβδομάδες						
Καθόλου/ήπιος/ μέτριος	Ref			Ref		
Έντονος/υπερβολικός	1,380	1,258-1,513	0,000	1,874	1,670-2,103	0,000

ΔΜΣ						
18,50-24,99	Ref			Ref		
≤ 18,49	0,975	0,737-1,289	0,857	0,955	0,686-1,328	0,783
25-29,99	0,965	0,893-1,043	0,368	1,044	0,947-1,151	0,384
≥ 30	0,931	0,848-1,023	0,137	0,970	0,861-1,093	0,620
Περπάτημα						
≥ 30min ημερησίως	Ref			Ref		
< 30 min ημερησίως	1,080	1,002-1,164	0,043	1,179	1,075-1,294	0,000
Κατανάλωση φρούτων						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	0,886	0,813-0,965	0,005	0,988	0,888-1,099	0,824
Κατανάλωση λαχανικών						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1,037	0,944-1,138	0,450	0,889	0,790-1,002	0,054
Κάπνισμα						
Όχι	Ref			Ref		
Περιστασιακά	1,024	0,877-1,195	0,763	1,292	1,082-1,544	0,005
Καθημερινά	0,914	0,838-0,997	0,043	1,016	0,915-1,127	0,770

Ref: Υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς.

Αναφορικά με τις νύχτες για τις οποίες νοσηλεύτηκε κάποιος στο νοσοκομείο στον πίνακα 14 και συγκεκριμένα στο μοντέλο της αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης, φαίνεται ότι το χαμηλό ή μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό εισόδημα, η κακή και πολύ κακή αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, η παρουσία ενός ή περισσότερων χρόνιων νοσημάτων και ο έντονος/υπερβολικός πόνος ήταν θετικοί προσδιοριστές, το γυναικείο φύλο, η διαμονή σε αραιοκατοικημένη περιοχή και η συμμετοχή στην έρευνα του 2014 ήταν αρνητικοί προσδιοριστές, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση. Αξίζει να σημειωθεί ότι το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας και ο πόνος ήταν οι προσδιοριστές με τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία.

Πίνακας 14. Μοντέλο παλινδρόμησης για τις νύχτες για τις οποίες νοσηλεύτηκε κάποιος στο νοσοκομείο

	Μοντέλο αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης (count model)			Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (logit model)		
	IRR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
Ηλικιακή ομάδα						
15-45	Ref			Ref		
46-64	1,053	0,821-1,350	0,686	0,967	0,780-1,199	0,762
65+	0,931	0,676-1,281	0,659	0,773	0,586-1,020	0,069
Φύλο						
Άνδρες	Ref			Ref		
Γυναίκες	0,686	0,579-0,812	0,000	1,325	1,144-1,533	0,000
Εκπαίδευση						
Τριτοβάθμια	Ref			Ref		
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	1,436	1,132-1,821	0,003	1,096	0,890-1,349	0,389
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	Ref			Ref		
Έγγαμος/σε συμβίωση	1,011	0,791-1,293	0,931	0,842	0,677-1,048	0,124
Διαζευγμένος/ Χήρος	1,262	0,951-1,674	0,107	0,785	0,607-1,016	0,066

Θέση στην απασχόληση						
Απασχολούμενος	Ref			Ref		
Άνεργος	0,958	0,681-1,346	0,803	0,948	0,708-1,269	0,718
Συνταξιούχος	1,288	0,977-1,697	0,072	0,970	0,766-1,229	0,799
Άλλο	1,209	0,932-1,568	0,153	1,021	0,820-1,272	0,852
Περιοχή διαμονής του νοικοκυριού/ ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού						
Πυκνοκατοικημένη	Ref			Ref		
Μέσης πυκνότητας	0,845	0,686-1,041	0,114	1,013	0,845-1,216	0,885
Αραιοκατοικημένη	0,813	0,686-0,965	0,018	1,045	0,899-1,216	0,565
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)						
Υψηλό (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	Ref			Ref		
Χαμηλό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	1,191	1,019-1,391	0,028	0,906	0,789-1,040	0,160
Έτος έρευνας						
2009	Ref			Ref		
2014	0,821	0,702-0,961	0,014	1,056	0,921-1,211	0,432
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (αριθμός ατόμων στα οποία μπορεί να βασιστεί)						
Επαρκής (≥3)	Ref			Ref		
Φτωχή (0-2)	0,982	0,841-1,147	0,818	1,070	0,934-1,225	0,327
Αυτο-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας						
Καλό/πολύ καλό	Ref			Ref		
Πολύ κακό/κακό/ μέτριο	1,696	1,381-2,083	0,000	0,477	0,402-0,565	0,000
Χρόνια προβλήματα υγείας						
Όχι	Ref			Ref		

Ναι	1,485	1,175-1,878	0,001	0,717	0,593-0,866	0,001
Πόνος τις τελευταίες 4 εβδομάδες						
Καθόλου/ήπιος/μέτριος	Ref			Ref		
Έντονος/υπερβολικός	1,579	1,317-1,892	0,000	0,612	0,517-0,725	0,000
ΔΜΣ						
18,50-24,99	Ref			Ref		
≤ 18,49	1,152	0,651-2,037	0,627	0,736	0,445-1,216	0,231
25-29,99	0,905	0,762-1,075	0,254	1,125	0,967-1,310	0,128
≥ 30	0,928	0,757-1,136	0,467	1,046	0,873-1,252	0,627
Περπάτημα						
≥ 30min ημερησίως	Ref			Ref		
< 30 min ημερησίως	1,084	0,900-1,306	0,394	0,735	0,631-0,857	0,000
Κατανάλωση φρούτων						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	0,980	0,815-1,178	0,827	0,958	0,814-1,127	0,603
Κατανάλωση λαχανικών						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1,015	0,823-1,253	0,889	0,967	0,807-1,159	0,719
Κάπνισμα						
Όχι	Ref			Ref		
Περιστασιακά	1,156	0,806-1,658	0,430	1,037	0,761-1,413	0,819
Καθημερινά	1,028	0,842-1,256	0,785	1,048	0,885-1,241	0,587

Ref: Υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς.

Αναφορικά με τις φορές για τις οποίες οι ερωτηθέντες εισήχθησαν στο νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας από τον πίνακα 15 και ειδικότερα από το μοντέλο της αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι η ηλικία άνω των 45 ετών, το κακό και πολύ κακό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, η παρουσία ενός ή περισσότερων χρόνιων προβλημάτων

υγείας, ο έντονος/υπερβολικός πόνος και η φτωχή σε λαχανικά δίαιτα ήταν θετικοί προσδιοριστές, οι έγγαμοι/ες, όσοι/ες ήταν σε σχέση συμβίωσης, οι διαζευγμένοι/ες, οι χήροι/ες, το ανεπαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, η συμμετοχή στην έρευνα του 2014 και η παχυσαρκία ήταν αρνητικοί προσδιοριστές, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο δεν είχαν στατιστικά σημαντική προβλεπτική αξία. Από τους προσδιοριστές αυτούς, η ηλικία, η αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας, η νοσηρότητα, το διαζύγιο και η χηρεία είχαν τη μεγαλύτερη επίδραση.

Πίνακας 15. Μοντέλο παλινδρόμησης για το πλήθος των εισαγωγών στο νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας

	Μοντέλο αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης (count model)			Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (logit model)		
	IRR	95% CI	Sig.	OR	95% CI	Sig.
Ηλικιακή ομάδα						
15-45	Ref			Ref		
46-64	2,233	1,714-2,907	0,000	7,587	3,236- 17,790	0,000
65+	1,712	1,205-2,433	0,003	5,913	2,086-16,761	0,001
Φύλο						
Άνδρες	Ref			Ref		
Γυναίκες	1,056	0,888-1,255	0,539	1,308	0,829-2,066	0,249
Εκπαίδευση						
Τριτοβάθμια	Ref			Ref		
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	1,141	0,897-1,451	0,283	0,771	0,426-1,394	0,389
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	Ref			Ref		
Έγγαμος/σε συμβίωση	0,776	0,608-0,990	0,042	0,467	0,242-0,902	0,023
Διαζευγμένος/Χήρος	0,408	0,303-0,550	0,000	0,236	0,089-0,628	0,004
Θέση στην απασχόληση						
Απασχολούμενος	Ref			Ref		
Άνεργος	1,008	0,726-1,400	0,962	0,672	0,286-1,582	0,363

Συνταξιούχος	0,929	0,676-1,278	0,652	0,457	0,238-0,875	0,018
Άλλο	1,006	0,786-1,287	0,964	0,420	0,222-0,795	0,008
Περιοχή διαμονής του νοικοκυριού/ ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού						
Πυκνοκατοικημένη	Ref			Ref		
Μέσης πυκνότητας	0,839	0,672-1,048	0,122	0,770	0,356-1,668	0,508
Αραιοκατοικημένη	1,206	0,988-1,471	0,065	1,960	1,202-3,195	0,007
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)						
Υψηλό (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	Ref			Ref		
Χαμηλό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	0,971	0,819-1,151	0,733	1,408	0,896-2,212	0,138
Έτος έρευνας						
2009	Ref			Ref		
2014	0,756	0,618-0,924	0,006	0,385	0,241-0,617	0,000
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (αριθμός ατόμων στα οποία μπορεί να βασιστεί)						
Επαρκής (≥3)	Ref			Ref		
Φτωχή (0-2)	0,811	0,686-0,959	0,014	0,847	0,559-1,285	0,436
Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας						
Καλό/πολύ καλό	Ref			Ref		
Πολύ κακό/κακό/ μέτριο	2,452	1,971-3,052	0,000	0,505	0,306-0,831	0,007
Χρόνια προβλήματα υγείας						
Όχι	Ref			Ref		
Ναι	2,598	2,071-3,259	0,000	1,004	0,601-1,678	0,987
Πόνος τις τελευταίες 4 εβδομάδες						
Καθόλου/ήπιος/μέτριος	Ref			Ref		

Έντονος/υπερβολικός	1,377	1,103-1,719	0,005	0,223	0,074-0,672	0,008
ΔΜΣ						
18,50-24,99	Ref			Ref		
≤ 18,49	1,491	0,832-2,672	0,180	1,505	0,356-6,374	0,578
25-29,99	0,844	0,705-1,011	0,066	1,080	0,704-1,656	0,724
≥ 30	0,467	0,375-0,582	0,000	0,521	0,261-1,039	0,064
Περπάτημα						
≥ 30min ημερησίως	Ref			Ref		
< 30 min ημερησίως	0,854	0,703-1,038	0,113	0,618	0,393-0,973	0,038
Κατανάλωση φρούτων						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	0,869	0,708-1,065	0,176	0,874	0,511-1,495	0,623
Κατανάλωση λαχανικών						
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	Ref			Ref		
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1,293	1,028-1,627	0,028	1,440	0,836-2,481	0,189
Κάπνισμα						
Όχι	Ref			Ref		
Περιστασιακά	0,747	0,535-1,043	0,087	0,187	0,028-1,272	0,087
Καθημερινά	0,856	0,696-1,053	0,142	0,745	0,435-1,275	0,283

Ref: Υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Συζήτηση των ευρημάτων για τη ΣΥΠΖ

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης η συνοπτική κλίμακα της σωματικής υγείας (PCS) βελτιώθηκε και στο σύνολο των συμμετεχόντων και στις περισσότερες επιμέρους κατηγορίες, ενώ η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (MCS) επιδεινώθηκε τόσο στο σύνολο των

ερευνώμενων ατόμων, όσο και στις ειδικότερες υποομάδες, σε σχέση με τα προ κρίσης επίπεδα. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται η υψηλή ερμηνευτική αξία των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, ιδίως για τη σωματική διάσταση της ΣΥΠΖ, με την ηλικία, το φύλο, τη λήψη σύνταξης και το χαμηλό εισόδημα να είναι οι ισχυρότεροι προσδιοριστές για τη σωματική διάσταση και την ηλικία, το διαζύγιο, τη χηρεία και τις συνθήκες οικονομικής κρίσης να είναι οι ισχυρότεροι προσδιοριστές για την ψυχική διάσταση της ΣΥΠΖ.

Η βελτίωση της σωματικής διάστασης είναι φαινόμενο που απαντάται σε πολλές χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου και που μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι στη διάρκεια μίας οικονομικής κρίσης βελτιώνονται οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, και επακόλουθα το επίπεδο υγείας. Στην ουσία πρόκειται για ένα προκυκλικό μηχανισμό, σύμφωνα με τον οποίο οι αρνητικοί δείκτες υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα, θνητότητα) φθίνουν, καθώς συρρικνώνεται η οικονομική δραστηριότητα.^{22,170}

Από την άλλη, φαίνεται ότι η ψυχική διάσταση της ΣΥΠΖ επιδεινώθηκε και η συγκεκριμένη εξέλιξη αποδίδεται σε αντικυκλικές επιδράσεις και μηχανισμούς, που οδηγούν σε αύξηση των αρνητικών δεικτών υγείας στη φάση της κάμψης της οικονομικής δραστηριότητας. Συγκεκριμένα, οι δυσμενείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες περιορίζουν τους διαθέσιμους πόρους σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών και οικογενειακών προϋπολογισμών για την υγεία, και επιτείνουν το στρες, την επιθετικότητα και τα αρνητικά συναισθήματα και βιώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές, να καταπονούνται ψυχολογικά, να χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων και να επιδεινώνεται η ψυχική τους υγεία.^{22,171}

Αναφορικά με το ρόλο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και δεδομένων των εννοιολογικών πλαισίων για τη ΣΥΠΖ, φαίνεται ότι οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τα ατομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά, που εμπλέκονται στο θεωρητικό πλαίσιο της ΣΥΠΖ.^{172,173}

Ειδικότερα, στην ανάλυση που προηγήθηκε έχουν ενταχθεί ατομικοί παράγοντες, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα, η κατάσταση απασχόλησης και η οικογενειακή κατάσταση, αλλά και περιβαλλοντικοί, όπως το γενικότερο πλαίσιο που εκφράζεται έμμεσα από το δείκτη «έτος έρευνας», ενώ το ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο δεν ήταν δυνατόν να συνεκτιμηθεί, καθώς καμία από τις δύο μελέτες δε συμπεριέλαβε στις υπό μελέτη μεταβλητές κάποιο μέγεθος ενδεικτικό του διαθέσιμου υποστηρικτικού δικτύου, είτε ποιοτικό είτε ποσοτικό. Τα τελευταία χρόνια, οι τάσεις της ΣΥΠΖ έχουν μελετηθεί κυρίως στο πλαίσιο

της διερεύνησης του αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης στην υγεία και η επιδείνωση της ψυχικής διάστασης έχει συνδεθεί με την ύφεση σε πληθώρα μελετών.¹⁷⁴

Όσον αφορά την ψυχική διάσταση της ΣΥΠΖ, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αυτά της πλειοψηφίας των μελετών, οι οποίες αποδίδουν την επιδείνωση της ψυχικής υγείας στις σχετιζόμενες με την ύφεση συνθήκες και τα μέτρα που ελήφθησαν για την αντιμετώπιση της κρίσης. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι μελέτη που βασίστηκε στη σύγκριση δεδομένων του 2008 και του 2015 και τα οποία αποκτήθηκαν από τον ελληνικό πληθυσμό με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-12,¹⁷⁵ καθώς επίσης και παρόμοιας μεθοδολογίας ιταλική μελέτη που αξιοποίησε τα δεδομένα ερευνών πεδίου του 2005 και του 2013, κατέληξαν στο συμπέρασμα της επιδείνωσης της ψυχικής υγείας.¹⁷⁶ Ωστόσο, τα ευρήματα για τη σωματική διάσταση της ΣΥΠΖ στη διεθνή βιβλιογραφία είναι αντιφατικά με κάποιες μελέτες να παρέχουν ενδείξεις βελτίωσης¹⁷⁶ και άλλες ενδείξεις επιδείνωσής της¹⁷⁵ υπό το πρίσμα της κρίσης. Επιπροσθέτως, μελέτη διερεύνησης των τάσεων της ΣΥΠΖ στη Γαλλία για τα έτη 1995-2016 διαπιστώνει μείωση της βαθμολογίας σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36, με τις μεγαλύτερες μειώσεις να αφορούν τα σχετικά με την ψυχική διάσταση πεδία.¹⁷⁷

Σχετικά με τους προσδιοριστές της ΣΥΠΖ, το εύρημα της συσχέτισης των χαμηλών σκορ της ΣΥΠΖ με την ανεργία υποδηλώνει πιθανά ότι η απώλεια εργασίας και εισοδήματος και η επακόλουθη οικονομική δυσχέρεια ασκούν δυσμενείς επιδράσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία.¹⁷⁸ Επίσης, σε προηγούμενες μελέτες έχει φανεί ότι τα πολλαπλά διαστήματα ανεργίας συνδέονται με μειωμένα σκορ της ψυχικής διάστασης¹⁷⁹ και ότι πέραν της ανεργίας, η οικονομική δυσχέρεια και το γυναικείο φύλο σχετίζονται με χειρότερη ψυχική υγεία, ενώ ο επιβαρυντικός ρόλος του εκπαιδευτικού επιπέδου για την ψυχική υγεία δεν τεκμηριώνεται από τους Molarious και συν.¹⁸⁰

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν σε γενικές γραμμές τα προαναφερθέντα ευρήματα, όμως αν ακολουθηθεί διαφορετική μεθοδολογία και τα μοντέλα παλινδρόμησης εφαρμοστούν ανά έτος έρευνας για κάθε συνοπτική κλίμακα δεν ανιχνεύεται η δυσμενής επίδραση του γυναικείου φύλου κατά τη διάρκεια της κρίσης.⁵⁰ Επιπλέον, το συμπέρασμα για την προστατευτική επίδραση της απασχόλησης, έρχεται σε αντίθεση με αυτό μίας μελέτης για την εξέλιξη της ΣΥΠΖ στο γαλλικό πληθυσμό την περίοδο 1995-2016, σύμφωνα με την οποία η ομάδα των απασχολουμένων βίωσε τη μεγαλύτερη επιδείνωση της ψυχικής διάστασης της ΣΥΠΖ στα χρόνια της κρίσης.¹⁷⁷ Τέλος, άξιο σχολιασμού είναι και το γεγονός ότι η υποομάδα των συμμετεχόντων που δεν απάντησε στη σχετική με το εισόδημα

ερώτηση δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές στη ΣΥΠΖ από την κατηγορία των ατόμων με υψηλό εισόδημα, επειδή πιθανά δεν διαφέρουν ως προς το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρό τους. Ωστόσο, αυτή η υπόθεση δεν μελετήθηκε μέσω συγκριτικής ανάλυσης των εισοδηματικών κατηγοριών ως προς τα άλλα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.¹⁵⁸

Η περίοδος 2003-2016 σηματοδεύτηκε από την οικονομική κρίση και τις συνέπειές της και η ευημερία και η υγεία του πληθυσμού έχουν αναμφίβολα επηρεαστεί από τη μακροχρόνια ύφεση και τις πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν. Οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες και οι παράγοντες λήψης αποφάσεων και σχεδιασμού πολιτικών θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της ΣΥΠΖ και τις υγειονομικές επιπτώσεις των οικονομικών φαινομένων γενικότερα και των οικονομικών κύκλων ειδικότερα.

4.1.1. Περιορισμοί της μελέτης της ΣΥΠΖ

Τα βασικά πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης είναι η χρήση μεγάλων δειγμάτων αντιπροσωπευτικών του γενικού πληθυσμού του λεκανοπεδίου, η ακολουθούμενη μέθοδος δειγματοληψίας (πολυσταδιακή στρωματοποιημένη), η χρήση ενός από τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα όργανα μέτρησης της ΣΥΠΖ, η απόκτηση των δεδομένων με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, που ελαχιστοποιεί το σφάλμα μη απόκρισης,^{181,182} ο μη αποκλεισμός των ατόμων που δεν απάντησαν στην ερώτηση για το οικογενειακό εισόδημα και κατ' επέκταση ο περιορισμός του ενδεχόμενου συστηματικού σφάλματος που σχετίζεται με την υποεκτίμηση του ποσοστού των οικονομικά ευάλωτων ατόμων¹⁵⁸ και η εφαρμογή μίας αναλυτικής προσέγγισης, που καθιστά εφικτή τη διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων και την έμμεση ποσοτικοποίηση του ρόλου του γενικότερου ιστορικού και κοινωνικοοικονομικού πλαισίου μέσω της χρήσης της ψευδομεταβλητής «έτος έρευνας», που αντανάκλα και εισάγει στο υπόδειγμα παλινδρόμησης το διαφορετικό μακροπεριβάλλον των συγκρινόμενων ετών. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να εξεταστούν υπό το πρίσμα των περιορισμών στους οποίους αυτή υπόκειται. Ειδικότερα, θα πρέπει να αναφερθούν:

1. Η αδυναμία γενίκευσης σε άλλους πληθυσμούς, καθώς η παραπάνω μελέτη περιορίζεται στους ενήλικες κατοίκους που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας.
2. Η αδυναμία διερεύνησης αιτιακών σχέσεων, λόγω της συγχρονικής φύσης των επιμέρους ερευνών.

3. Το χάσμα των 13 ετών μεταξύ των συγκρινόμενων ερευνών πεδίου δεν επιτρέπει τον ακριβή προσδιορισμό της επίδρασης της κρίσης στη ΣΥΠΖ και ενώ η προαναφερθείσα μεθοδολογική προσέγγιση συνιστά πλεονέκτημα, ταυτόχρονα αγνοεί ενδεχόμενες παραμέτρους, πέραν της κρίσης, που μπορεί να επενέργησαν σε αυτό το μεσοδιάστημα.
4. Η δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων της μελέτης περιορίζεται από τη μοναδικότητα του συγκεκριμένου ιστορικού, γεωγραφικού και κοινωνικοοικονομικού πλαισίου και των συνθηκών που επικρατούν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας του 2016.
5. Το υψηλό ποσοστό ελλειπουσών τιμών στη μεταβλητή εισόδημα, που σχετίζεται με ενδεχόμενο σφάλμα ανάκλησης ή με απροθυμία των ερωτηθέντων να αποκαλύψουν τέτοια ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.
6. Η αδυναμία χρήσης του ισοδύναμου διαθέσιμου ατομικού εισοδήματος, το οποίο είναι δείκτης κατάλληλος για συγκρίσεις, λόγω έλλειψης δεδομένων για τον υπολογισμό του, και αντ' αυτού η χρήση του αυτοαναφερόμενου οικογενειακού εισοδήματος, που δεν αποτελεί δείκτη του πραγματικού επιπέδου διαβίωσης.
7. Ο αποκλεισμός πληθυσμιακών ομάδων από τη μελέτη, όπως οι ρομά (ο πληθυσμός-στόχος δεν αφορούσε τη δυτική Αττική), οι αλλοδαποί που δε γνώριζαν τη γλώσσα, τα νοσηλευόμενα και ιδρυματοποιημένα άτομα, με αποτέλεσμα να υποαντιπροσωπεύονται οι εν λόγω ομάδες στα συγκρινόμενα δείγματα.
8. Το ότι η μελέτη μας έχει επικεντρωθεί στους κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς προσδιοριστές, ενώ παράγοντες όπως οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, τα χρόνια προβλήματα υγείας και οι σχετικές με τις υπηρεσίες υγείας παράμετροι, που αλληλεπιδρούν με τις εξεταζόμενες μεταβλητές, δεν έχουν ληφθεί υπόψη.¹⁸³

4.2. Συζήτηση των ευρημάτων των εθνικών ερευνών υγείας για το επίπεδο υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας

4.2.1. Συζήτηση των ευρημάτων των εθνικών ερευνών υγείας για το επίπεδο υγείας των κατοίκων της Ελλάδας

Από τη σύγκριση των δύο εθνικών ερευνών προέκυψε στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας σχετιζόμενη με μείωση του ποσοστού των

ατόμων χωρίς χρόνιο νόσημα και αύξηση του ποσοστού των ατόμων με τέσσερα ή περισσότερα νοσήματα, ενώ το ποσοστό των ατόμων με πολύ κακό ή κακό ή μέτριο αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας δε μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Οι ισχυρότεροι προσδιοριστές για το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας ήταν η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η λήψη σύνταξης, η νοσηρότητα και η έντονη ενόχληση πόνου, ενώ για τη νοσηρότητα από χρόνια προβλήματα υγείας η ηλικία, το διαζύγιο/χρηρεία και η ιδιότητα του συνταξιούχου.

Το εύρημα της αύξησης του ποσοστού των χρονίως πασχόντων είναι συμβατό με την αντικυκλική προσέγγιση ερμηνείας των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Η ερμηνεία της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης εστιάζει στους μηχανισμούς που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και συγκεκριμένα σε στρεσογόνες επιρροές, που εμπλέκονται στην παθογένεση ψυχικών και μη νοσημάτων. Ειδικότερα, κατά την περίοδο της κρίσης έχει καταγραφεί σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών, της επίπτωσης των ψυχικών νοσημάτων, ενώ και για μία σειρά νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά, παρόλα τα αντιφατικά ευρήματα, υπάρχουν ενδείξεις αύξησης της νοσηρότητας, τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία.¹⁸⁴

Οι ενδείξεις αναφορικά με τη νοσηρότητα από ψυχικές νόσους, τεκμηριώνουν την επιδείνωση της ψυχικής υγείας μέσα από ευρήματα, όπως:

- (i) η αύξηση της συχνότητας του φαινομένου της αυτοκτονικότητας, δηλαδή του φαινομένου που εκδηλώνεται με σκέψεις θανάτου, απόπειρες αυτοκτονίας, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και αυτοκτονίες,¹⁸⁵⁻¹⁸⁷
- (ii) η αύξηση της επίπτωσης των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών,¹⁸⁸⁻¹⁹¹ ιδίως σε ορισμένες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες,¹⁹² σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, που αποδίδονται κυρίως στην ανεργία και την οικονομική δυσπραγία.¹⁹³

Συνεπώς, οι δείκτες ψυχικής υγείας ακολουθούν το αντικυκλικό πρότυπο συμπεριφοράς, καθώς κινούνται σε κατεύθυνση αντίθετη από αυτή της οικονομικής δραστηριότητας, δηλαδή αυξάνονται στη φάση της κάμψης της οικονομίας.

Επιπλέον, η ισχύς της αντικυκλικής θεώρησης για τους δείκτες νοσηρότητας, υποστηρίζεται από τις εθνικές έρευνες υγείας που διεξήχθησαν στην Ελλάδα, με αυτή του έτους 2014 να αναφέρει 50% περισσότερα επεισόδια οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (OEM) σε σχέση με αυτή του 2009,¹⁹⁴ αλλά και από στοιχεία υποπληθυσμών, όπως αυτά που καταδεικνύουν αύξηση της επίπτωσης των επεισοδίων OEM της περιόδου 2008-2012 σε σχέση με την περίοδο

2003-2007 με βάση τα αρχεία του Νοσοκομείου Καλαμάτας,¹⁹⁵ ή όπως τα αποτελέσματα για τη συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου σε άτομα που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία σε νοσοκομείο της Αθήνας, που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι πάσχοντες από στεφανιαία νόσο, που εξετάστηκαν την περίοδο 2011-2015, ήταν στατιστικά σημαντικά περισσότεροι από αυτούς της περιόδου 2006-2007,¹⁹⁶ χωρίς όμως επιδείνωση της θνησιμότητας πιθανά λόγω της προόδου στα διάφορα επίπεδα πρόληψης, αλλά και βελτίωσης των εφαρμοζόμενων επεμβατικών τεχνικών.¹⁹⁷ Όμως, το 2018 δημοσιεύτηκε μελέτη σύγκρισης των περιόδων 2000-2010 και 2010-2016 (δηλαδή, πριν από το πρώτο μνημόνιο και μετά από αυτό), που διαπίστωνε αύξηση της συνολικής θνησιμότητας και της θνησιμότητας από συγκεκριμένα αίτια, όπως τα νεοπλάσματα, οι νευρολογικές διαταραχές και οι περισσότεροι τύποι καρδιαγγειακών διαταραχών.¹³¹ Επίσης, η αντικυκλική θεώρηση επιβεβαιώνεται και από διεθνείς μελέτες, με ενδεικτικό το παράδειγμα της Ιταλίας, όπου, μεταξύ 2009 και 2012, στις περιοχές που η κρίση ήταν εντονότερη, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντική αύξηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω ΟΕΜ και αύξηση των σχετιζόμενων με τη νόσο του εμφράγματος νοσοκομειακών δαπανών,¹⁹⁸ αλλά και της Ισλανδίας, όπου αυξήθηκαν οι περιπτώσεις ισχαιμικής καρδιοπάθειας μετά το 2008.¹⁹⁹ Όσον αφορά δε, την προκυκλική συμπεριφορά των δεικτών υγείας, αυτή σχετίζεται με ευεργετικές επιδράσεις που αφορούν τα σωματικά, δηλαδή τα μη ψυχικά νοσήματα, και συγκεκριμένα έχει εξεταστεί και επαληθευτεί, ως επί το πλείστον, για αρκετούς δείκτες θνησιμότητας. Για παράδειγμα:

- Στην Ισπανία βρέθηκε μείωση της συνολικής θνησιμότητας, καθώς και της θνησιμότητας που σχετιζόταν με τα καρδιαγγειακά και τα αναπνευστικά νοσήματα ή άλλα αίτια, την περίοδο 2011-2013 σε σχέση με τις αντίστοιχες της περιόδου 2001-2007,²⁰⁰
- Στις ΗΠΑ, η κρίση σχετιζόταν με επιβραδυνόμενου ρυθμού μείωση της συνολικής θνησιμότητας και της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά και ηπατικά νοσήματα, τροχαία ατυχήματα και άλλα αίτια,²⁰¹ και βρέθηκε ότι στο συγκεκριμένο πλαίσιο για κάθε αύξηση της ανεργίας κατά μία ποσοστιαία μονάδα η συνολική θνησιμότητα μειωνόταν κατά 0.5%.²⁰²

Αναφορικά με το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, το γεγονός ότι δε σημειώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική μεταβολή αντανακλά τα αντικρουόμενα ευρήματα της βιβλιογραφίας, καθώς για το συγκεκριμένο δείκτη υπάρχουν μελέτες που:

- α. Καταδεικνύουν επιδείνωσή του,²⁰³ ιδίως σε ευπαθείς ομάδες,²⁰⁴ και συσχετίζουν τη συγκεκριμένη τάση στη μείωση της απασχόλησης και την υλική αποστέρηση^{149,163} ή

- β. Δεν εντοπίζουν κάποια στατιστικά σημαντική μεταβολή^{175,205} ή
- γ. Καταλήγουν στο συμπέρασμα της βελτίωσης του είτε στο γενικό πληθυσμό είτε σε επιμέρους υποπληθυσμούς,²⁰⁶ όπως στην παρούσα μελέτη, όπου φαίνεται πως παρόλη την αύξηση των χρονίως πασχόντων και μολονότι στους άνδρες και στα άτομα των ανώτερων εισοδηματικών πεμπτημορίων αυξήθηκαν αυτοί που ανέφεραν κακή ή πολύ κακή κατάσταση υγείας, στις γυναίκες, στα άτομα με χαμηλό εισόδημα και ανεπαρκές υποστηρικτικό δίκτυο και σε υποομάδες με ανθυγιεινές συνήθειες το σχετικό ποσοστό μειώθηκε. Η μείωση αυτή υποδηλώνει βελτίωση του επιπέδου υγείας σχετιζόμενη πιθανότατα με τη βελτίωση ορισμένων συμπεριφορών, όπως η μείωση του καπνίσματος και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, λόγω μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος, αλλά και ενδεχομένως λόγω συνέργειας της οικονομικής αδυναμίας με τις νομοθετικές πρωτοβουλίες για τη μείωση του καπνίσματος και τις πολιτικές λιτότητας στον τομέα των μεταφορών.^{24,51,194,207}

Σχετικά με τους προσδιοριστές των δεικτών του επιπέδου υγείας, οι σχετιζόμενες με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τάσεις των εν λόγω δεικτών και κυρίως οι προσδιοριζόμενες από το φύλο και την ηλικία διαφορές, έχουν αναλυθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία και οι επικρατέστερες ερμηνείες για το χειρότερο επίπεδο υγείας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εστιάζουν στη διαδικασία της γήρανσης,^{208,209} ενώ για το ρόλο του φύλου επικεντρώνονται στους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους, την επιβάρυνση από στρεσογόνα βιώματα, τις διαφορετικές ευκαιρίες πρόσβασης σε υλικά αγαθά και κοινωνικές παροχές και την ευαλωτότητα στις υλικές, συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες και επιρροές.^{210,211}

Επιπλέον, αποτελεί κοινό τόπο στη διεθνή βιβλιογραφία και επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη ότι η ανώτερη κοινωνικοοικονομική θέση, που συνήθως προσδιορίζεται ως συνισταμένη της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και του εισοδήματος, συνδέεται με καλύτερο επίπεδο υγείας μέσω διάφορων αλληλοδιαπλεκόμενων μηχανισμών, που δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως και που προσεγγίζονται αδρά από τα θεωρητικά μοντέλα που παρουσιάζονται στο θεωρητικό μέρος τη διατριβής.^{212,213} Από την άλλη, η συγκεκριμένη ανάλυση κατέδειξε την ποσοτική ανεπάρκεια του διαθέσιμου υποστηρικτικού δικτύου ως σημαντικό προσδιοριστή για το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας, όχι όμως και για την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα. Συνεπώς, στην παρούσα μελέτη δεν υποστηρίζεται απόλυτα το εύρημα άλλων ερευνητών για τη συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης στην αύξηση του αισθήματος ελέγχου του ατόμου σχετικά με τα θέματα που το απασχολούν, στην χρήση

αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης του στρες, στη βελτίωση των δυνατοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στην υιοθέτηση ωφέλιμων για την υγεία συνηθειών.²¹⁴

Επίσης, από την προηγηθείσα ανάλυση δεν τεκμηριώνεται η επικρατούσα αντίληψη για την προστατευτική επίδραση του γάμου, μέσω της κοινωνικοοικονομικής υποστήριξης και της προδιάθεσης, που δημιουργεί η δέσμευση για υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και προτιμήσεων,^{129,215} η οποία έχει διαπιστωθεί σε άλλες μελέτες και έχει αναφερθεί πως αφορά κυρίως τους άνδρες και εξαρτάται από τα ποιοτικά στοιχεία της έγγαμης σχέσης.²¹⁶ Μία πιθανή ερμηνεία του απροσδόκητου αυτού ευρήματος, είναι το ενδεχόμενο να διαφοροποιούνται σε περιόδους οικονομικής κρίσης τα οφέλη του γάμου, ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των ατόμων και το μείγμα των εφαρμοζόμενων πολιτικών.²¹⁷

Όσον αφορά τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές, όλες σχεδόν οι ανθυγιεινές συνήθειες φαίνεται να σχετίζονται με χειρότερο επίπεδο υγείας, με εξαίρεση την καπνισματική συνήθεια, που, σε αντίθεση με ορισμένες προγενέστερες μελέτες, στην εν λόγω μελέτη δε φάνηκε να αποτελεί στατιστικά σημαντικό προσδιοριστή των δεικτών του επιπέδου υγείας. Ωστόσο, το παρόν εύρημα, αν και έρχεται σε αντίθεση με τη γενική πεποίθηση για τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος, ταυτίζεται με τα αποτελέσματα μελετών που διεξήχθησαν στην Κροατία (2012), στην Ισπανία (σύγκριση δεδομένων του 2011 και του 2006) και στην Ελλάδα (δεδομένα της περιόδου 2001-2003).^{205,218,219}

Σχετικά με τις υπόλοιπες ερμηνευτικές μεταβλητές, ο αριθμός των χρονίων νοσημάτων από τα οποία έπασχαν οι συμμετέχοντες ήταν ανάλογος του ΔΜΣ, ενώ οι ακραίες τιμές του ΔΜΣ συνδέονταν με κακό αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας. Ωστόσο, σε μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία δε διαπιστώθηκε σύνδεση του συγκεκριμένου δείκτη με το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας, με το τελευταίο να επηρεάζεται από παράγοντες, όπως το ιστορικό ατυχημάτων και χρονίων προβλημάτων υγείας, λόγω των σωματικών και συναισθηματικών επιπτώσεων, πέραν του κοινωνικοοικονομικού αντίκτυπου, που αυτά έχουν στην κατάσταση υγείας του ατόμου.²⁰⁵

Επίσης, ο έντονος πόνος συνδεόταν με χειρότερη κατάσταση υγείας, επιβεβαιώνοντας διαχρονικά τεκμηριωμένες συσχετίσεις,^{220,221} ενώ ο βαθμός αστικοποίησης του τόπου διαμονής επηρέαζε μερικώς τους εξεταζόμενους δείκτες υγείας, καθώς δεν ήταν στατιστικά σημαντικός προσδιοριστής της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας. Πάντως, αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι δείκτες υγείας, όπως συμβαίνει και στην παρούσα μελέτη με το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, είναι καλύτεροι για όσους διαμένουν σε αστικές (πυκνοκατοικημένες) περιοχές, εξαιτίας των διαφορών ως προς τη χρηματοδότηση για

υπηρεσίες υγείας και κοινωνικά προγράμματα γενικότερα, αλλά και ως προς τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες τόσο σε επίπεδο ατόμου όσο και σε επίπεδο πληθυσμού.²²²⁻²²⁷ Τέλος, το έτος έρευνας ως παράγοντας που αντανακλά τις συνθήκες του μακροπεριβάλλοντος, δηλαδή το γενικότερο κοινωνικοοικονομικό και ιστορικό πλαίσιο που διαμόρφωσαν οι περιοριστικές πολιτικές, ήταν στατιστικά σημαντικός προσδιοριστής, που κατέδειξε ότι την περίοδο που η χώρα βρισκόταν στην «καρδιά» της κρίσης, η λιτότητα συνδεόταν με μεγαλύτερη πιθανότητα για καλύτερο αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, αλλά και με μεγαλύτερη πιθανότητα για μεγαλύτερο αριθμό χρονίων νοσημάτων. Το εν λόγω συμπέρασμα για τη νοσηρότητα έρχεται σε αντίθεση με την προσέγγιση της προκυκλικής συμπεριφοράς ορισμένων αρνητικών δεικτών υγείας, που αναφέρεται στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε περιόδους ύφεσης, λόγω βελτίωσης των σχετιζόμενων με την υγεία συνηθειών,²²⁸ ενώ το συμπέρασμα για το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας έρχεται σε αντίθεση με προγενέστερο εύρημα των Ζάβρα και συν, που διαπίστωσαν μεγαλύτερη πιθανότητα για κακό επίπεδο υγείας το 2011 σε σχέση με το 2006, με την ασυμβατότητα των αποτελεσμάτων να οφείλεται πιθανότατα στη σύγκριση διαφορετικών χρονικών περιόδων και φάσεων του οικονομικού κύκλου.¹⁶³

Τα αντικρουόμενα αυτά αποτελέσματα συνάδουν με τα αντιφατικά ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα οποία θεωρείται ότι μπορούν να αποδοθούν στο γεγονός ότι ο αντίκτυπος της κρίσης διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα, αλλά και εντός των χωρών ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, στο οποίο εκδηλώνονται τα υπό μελέτη φαινόμενα, και αναλόγως των πολιτικών που ακολουθούνται και διαμορφώνουν το περιβάλλον αυτό.²²⁹

4.2.2. Συζήτηση των ευρημάτων των εθνικών ερευνών υγείας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Από τη σύγκριση των δύο εθνικών ερευνών προέκυψε στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού των χρηστών των υπηρεσιών των «ειδικών» ιατρών και αύξηση όσων εισήχθησαν στο νοσοκομείο για ημερήσια νοσηλεία. Τα ποσοστά των νοσηλευθέντων με διανυκτέρευση και των χρηστών των υπηρεσιών των γενικών ιατρών δε μεταβλήθηκαν στατιστικά σημαντικά. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το συμπεριφορικό μοντέλο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας του Andersen επαληθεύεται στην περίπτωση του γενικού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω της Ελλάδας και ότι οι ισχυρότεροι προσδιοριστές της χρήσης εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν

το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας και ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ως εκφραστής του γενικότερου ιστορικού, πολιτικού και κοινωνικοοικονομικού πλαισίου, ενώ τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία για τη χρήση ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών είχαν κυρίως οι σχετιζόμενοι με την υγειονομική ανάγκη παράγοντες.

Από τη σύγκριση των ποσοστών των χρηστών ανά τύπο χρήσης των δύο εθνικών ερευνών καταδεικνύεται ότι οι πολιτικές λιτότητας δεν επηρέασαν σημαντικά το ποσοστό των νοσηλευόμενων με διανυκτέρευση και το ποσοστό των ατόμων που επισκεφτήκαν γενικό ιατρό. Η έλλειψη επιδράσεων πιθανά υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένες πολιτικές δεν είχαν αναπτύξει όλο τους το δυναμικό στον ελληνικό πληθυσμό κατά το χρόνο διενέργειας της δεύτερης εθνικής έρευνας υγείας (2014). Το συγκεκριμένο εύρημα δεν έχει αναφερθεί για κανένα γενικό πληθυσμό στη διεθνή βιβλιογραφία, ωστόσο:

- 1) εναρμονίζεται μερικώς με αντίστοιχα συμπεράσματα μελετών που διεξήχθησαν στον ισπανικό πληθυσμό και αφορούν ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς και ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στους οποίους δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή όσον αφορά τις εισαγωγές,^{160,161} και
- 2) διαφοροποιείται από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, που καταδεικνύουν αύξηση των εισαγωγών για νοσηλεία σε υποπληθυσμούς της Ανδαλουσίας που αντιμετωπίζουν υλική στέρηση,²³⁰ σε ομάδες με χαμηλό εισόδημα στη Γερμανία, λόγω της μεγαλύτερης βαρύτητας των χρόνιων προβλημάτων υγείας και της καθυστέρησης στην αναζήτηση φροντίδας υγείας,²³¹ και στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανεργία στην Ιταλία²³² ή μείωση των εισαγωγών στο γενικό πληθυσμό της Βραζιλίας²³³ και των μη ιδρυματοποιημένων ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω στην Ισπανία.²³¹

Σε αντίθεση, δε, με αυτό που θα ανέμενε κανείς, η επιβολή εισιτηρίου για κάθε εισαγωγή στα δημόσια νοσοκομεία το 2014 δεν επέφερε μείωση των εισαγωγών για νοσηλεία με διανυκτέρευση. Όσον αφορά το ποσοστό των εισαχθέντων για ημερήσια νοσηλεία, δεν έχει διερευνηθεί ως ξεχωριστή μεταβλητή σε καμία μελέτη σχετική με την επίδραση της ύφεσης και της λιτότητας, ωστόσο η αύξηση του ποσοστού των χρηστών της συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας συμβαδίζει και με την επικρατούσα αντίληψη για τα οφέλη που απορρέουν από τη χρήση των υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας σχετικά με την ασφάλεια, το κόστος της φροντίδας, την αποδοτική χρήση των πόρων και την ικανοποίηση των ασθενών, που σε περιόδους κρίσης αποτελούν επιτακτική ανάγκη για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.^{234,235}

Η μείωση των επισκέψεων σε «ειδικούς» ιατρούς ή της λήψης συμβουλών από αυτούς μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης έχει αποτελέσει εύρημα προηγούμενων μελετών σε υποπληθυσμούς της Ισπανίας,^{231,236} όπως οι ηλικιωμένοι διαβητικοί ασθενείς,¹⁶¹ αλλά και σε ηλικιωμένους στην Ταϊβάν,²³⁷ ενώ ανάλογη είναι και η τάση που αφορά τις ιατρικές επισκέψεις σε «ειδικούς» ιατρούς μετά τη θέσπιση της υποχρέωσης καταβολής συμπληρωμής στην Κύπρο.²³⁸ Η μειωμένη χρήση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών σχετίζεται πιθανά με φραγμούς στην πρόσβαση, που επηρεάζουν τις συμπεριφορές αναζήτησης φροντίδας υγείας, όπως η επιβολή εισιτηρίου για την επίσκεψη στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων το 2011 και πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης ανά συνταγή φαρμάκων από το 2014, σε συνδυασμό με τη γενικότερη οικονομική δυσπραγία και την αδυναμία κάλυψης των δαπανών υγείας με ίδιες πληρωμές.¹³² Πάντως, άλλες μελέτες δεν διαπιστώνουν στατιστικά σημαντική μεταβολή της χρήσης των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ή παρέχουν ενδείξεις υπέρ της αύξησης της χρήσης τους^{230,231,233} ή υπέρ διαφορετικών προτύπων χρήσης υπηρεσιών ανάλογα με τον τύπο της υπηρεσίας και της φροντίδας, όπως στην Κύπρο, όπου η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρέμεινε σταθερή, ενώ οι επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών μειώθηκαν.^{239,240}

Αναφορικά με τις ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στα μοντέλα παλινδρόμησης για τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας και ειδικότερα ως προς τις μεταβλητές που σχετίζονται με τις υγειονομικές ανάγκες, οι περισσότερες μελέτες τις συμπεριέλαβαν ως προσδιοριστές της χρήσης, ενώ άλλες ως συγχυτές.²³¹ Από τις σχετιζόμενες με την ανάγκη για φροντίδα υγείας μεταβλητές, το κακό αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας και η παρουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας αποτελούν τους συχνότερα χρησιμοποιούμενους προσδιοριστές της αυξημένης χρήσης. Η ηλικία και το φύλο ως επί το πλείστον κατηγοριοποιούνται στους προδιαθεσικούς παράγοντες της χρήσης, ενώ ελάχιστες μελέτες εντάσσουν τις συγκεκριμένες μεταβλητές στους παράγοντες που καθορίζουν τις ανάγκες υγείας.^{230,233} Οι δείκτες των σχετιζόμενων με την υγεία συμπεριφορών και συνηθειών και η εμπειρία του πόνου δεν έχουν αναλυθεί σε μελέτες που διερευνούν την επίδραση της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας και στην παρούσα ανάλυση δε φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστές στα υποδείγματα παλινδρόμησης που υπολογίστηκαν, πλην μεμονωμένων εξαιρέσεων. Ειδικότερα, οι ωφέλιμες επιδράσεις της βάρδιας και της φυσικής δραστηριότητας, που επιβεβαιώνονται με την παρούσα ανάλυση, έχουν εντοπιστεί και σε προηγούμενες μελέτες,^{241,242} ενώ η διαπιστωθείσα έλλειψη επίδρασης του καπνίσματος έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών,²⁴³⁻

²⁴⁶ μπορεί όμως να αποδοθεί στο γεγονός ότι στην ανάλυση που προηγήθηκε δε διαχωρίστηκαν οι πρώην καπνιστές από τα άτομα που δεν είχαν καπνίσει ποτέ, επειδή δεν υπήρχε διαθέσιμη η σχετική πληροφορία, σε αντίθεση με ό,τι εφαρμόστηκε σε μελέτες στις οποίες το κάπνισμα ήταν σημαντικός προσδιοριστής της χρήσης.

Όσον αφορά τις μεταβλητές που δε σχετίζονταν με την υγειονομική ανάγκη, η ηλικία και το φύλο ήταν σημαντικοί προσδιοριστές στα περισσότερα μοντέλα παλινδρόμησης, ενισχύοντας τη γενικότερη πεποίθηση και τα προγενέστερα ευρήματα για τη σύνδεση της μεγαλύτερης ηλικίας και του γυναικείου φύλου με την αυξημένη χρήση.^{157,247,248} Πάντως στην προκειμένη περίπτωση, η μεγαλύτερη ηλικία προδιαθέτει για περισσότερες επισκέψεις στους «γενικούς» ιατρούς και λιγότερες επισκέψεις στους «ειδικούς» ιατρούς. Το εύρημα της σύνδεσης της μειωμένης χρήσης ορισμένων τύπων φροντίδας υγείας με την πάροδο της ηλικίας έχει παρατηρηθεί και σε παρελθούσες μελέτες με την προτίμηση στους «γενικούς» ιατρούς να ερμηνεύεται πιθανά από τη διαθεσιμότητα, το χαμηλό κόστος και την εύκολη πρόσβαση στη συγκεκριμένη κατηγορία υπηρεσιών.²⁴⁸⁻²⁵⁰

Άλλοι στατιστικά σημαντικοί μη σχετιζόμενοι με την υγειονομική ανάγκη προσδιοριστές της χρήσης είναι η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η προβλεπτική αξία της οικογενειακής κατάστασης έχει αναφερθεί και στο παρελθόν και έχει αποδοθεί στο γεγονός ότι ο γάμος μπορεί να επηρεάζει την κατάσταση υγείας και τη συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας υγείας μέσω διαφόρων μηχανισμών με διαμεσολαβητική επίδραση, όπως το υποστηρικτικό και προστατευτικό οικογενειακό περιβάλλον και τα πρότυπα χρήσης των υπηρεσιών υγείας που ακολουθούν όσοι ζουν στο περιβάλλον αυτό, καθώς έχει παρατηρηθεί προτίμηση στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και μειωμένη χρήση των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών. Πάντως, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης διαφοροποιήθηκαν ανεπαίσθητα, με τους παντρεμένους και σε συμβίωση συμμετέχοντες να επισκέπτονται περισσότερο τους «ειδικούς» ιατρούς, να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες ημερήσιας νοσηλείας και να μη διαφέρουν στατιστικά σημαντικά, σε σχέση με όσους ήταν «μόνοι» και δεν είχαν παντρευτεί ή συμβιώσει στο παρελθόν, ως προς τις επισκέψεις στους «γενικούς» ιατρούς και τις νοσηλείες με διανυκτέρευση. Η προτίμηση στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, δεν επιβεβαιώθηκε ως προς το σκέλος των «γενικών» ιατρών, πιθανά επειδή τα παντρεμένα και σε συμβίωση άτομα δε μελετήθηκαν σε αντιδιαστολή με το σύνολο των «μόνων», στους οποίους εντάσσονταν και οι ερωτηθέντες χήροι και διαζευγμένοι/χωρισμένοι.²⁵¹

Από την άλλη, η κατάσταση απασχόλησης ήταν στατιστικά σημαντικός προσδιοριστής κυρίως για τις επισκέψεις στους «ειδικούς» ιατρούς. Μάλιστα, η κατάσταση απασχόλησης δε φάνηκε να συνδέεται με τη χρήση των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών, ενώ το να μην εμπίπτει κάποιος στην κατηγορία των απασχολουμένων ή των ανέργων συνδεόταν με μεγαλύτερη χρήση των μελετώμενων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και η ανεργία δε διαφοροποιήθηκε σημαντικά από την κατάσταση απασχόλησης ως προσδιοριστής της χρήσης. Τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας για το ρόλο της απασχόλησης είναι αντιφατικά, καθώς άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ανεργία οδηγεί σε μειωμένη χρήση υπηρεσιών λόγω φραγμών στην πρόσβαση, που σχετίζονται κυρίως με το κόστος και τη διαθεσιμότητα και πηγάζουν από την οικονομική δυσπραγία των νοικοκυριών και των φορέων σχεδιασμού και παροχής υπηρεσιών υγείας, και άλλες υποστηρίζουν ότι η ανεργία σχετίζεται με επιδείνωση του επιπέδου υγείας, αύξηση των υγειονομικών αναγκών και κατ' επέκταση αυξημένη χρήση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας.^{232,236,252} Αναφορικά με το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και το εύρημα της σύνδεσής του με μειωμένη χρήση των ερευνώμενων τύπων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και αυξημένο πλήθος διανυκτερεύσεων για νοσηλεία, αξίζει να επισημανθεί ότι το προαναφερθέν πρότυπο χρήσης παρατηρήθηκε και στη Γερμανία²³¹ και μπορεί να θεωρηθεί ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με χαμηλότερο εισόδημα και αδυναμία κάλυψης των δαπανών υγείας, οδηγώντας σε μειωμένη χρήση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, ακόμα και όταν υπάρχει υγειονομική ανάγκη, σε επιδείνωση της κατάστασης υγείας και συνεπώς σε αυξημένη ανάγκη για νοσηλεία.²³⁰ Αυτός ο μηχανισμός, λοιπόν, αποτελεί μία πιθανή ερμηνεία για το ρόλο του εκπαιδευτικού επιπέδου στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, σχετικά με τη συμβολή του εισοδήματος στα υποδείγματα ερμηνείας των συγκεκριμένων δεικτών χρήσης, συμπεραίνεται ότι το χαμηλότερο εισόδημα σχετίζεται με λιγότερες επισκέψεις σε «ειδικό» ιατρό και περισσότερες διανυκτερεύσεις στο νοσοκομείο, ενώ δε σχετίζεται με τις επισκέψεις στους «γενικούς» ιατρούς ή τις ημέρες ημερήσιας νοσηλείας. Και αυτό το πρότυπο χρήσης ερμηνεύεται ικανοποιητικά από τη θεωρητική προσέγγιση, που αναπτύχθηκε προηγουμένως, κατά τη συζήτηση για το ρόλο του εκπαιδευτικού επιπέδου, αφού έχει ως αφετηρία τον ίδιο συλλογισμό για το ρόλο της κοινωνικοοικονομικής θέσης. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με προγενέστερα τεκμηριωμένο εύρημα, που καταδεικνύει ότι τα άτομα με υψηλό εισόδημα βρίσκονται σε ευμενέστερη θέση όσον αφορά τη χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών²³⁷ και ιδιαίτερα όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους υψηλότερα αμειβόμενους «ειδικούς» ιατρούς, και ενισχύει την πεποίθηση ότι οι χαμηλότερου κόστους και εκτεταμένης διαθεσιμότητας υπηρεσίες των

«γενικών» ιατρών δεν επηρεάζονται σημαντικά από τη συγκεκριμένη παράμετρο. Επιπλέον, το υποστηρικτικό δίκτυο δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό προσδιοριστή, παρά μόνο για τον αριθμό των φορών που έγινε εισαγωγή για ημερήσια νοσηλεία, σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, που ανέφεραν κύριες και ρυθμιστικές επιδράσεις της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.²⁵³

Η πυκνότητα του πληθυσμού στον τόπο διαμονής του νοικοκυριού είναι ένας ακόμα σημαντικός προσδιοριστής, που για όσους δε διαμένουν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές συνδέεται με λιγότερες επισκέψεις σε ιατρούς, περισσότερες ημερήσιες νοσηλείες και δεν επηρεάζει σημαντικά τις νοσηλείες με διανυκτέρευση, συμφωνώντας εν μέρει με προηγούμενες μελέτες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στις μη αστικές περιοχές είναι μικρότερη η πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας και διαφωνώντας ως προς το σκέλος που αφορά τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.²⁵⁴ Τέλος, το 2014 ως έτος έρευνας και ως παράγοντας ενδεικτικός του μακροπεριβάλλοντος, συνδεόταν με λιγότερες επισκέψεις σε «γενικούς» και «ειδικούς» ιατρούς και λιγότερες ημέρες νοσηλείας είτε με διανυκτέρευση είτε χωρίς στο πλαίσιο ημερήσιας νοσηλείας, καταδεικνύοντας ότι στην «καρδιά» της κρίσης οι περιοριστικές πολιτικές και το υφειακό περιβάλλον συνδεόταν με μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, πιθανότατα λόγω φραγμών στην πρόσβαση, συμπέρασμα που παρατηρήθηκε και σε άλλες χώρες,^{231,236,238} και που είναι εμφανέστερο αν στα ίδια δεδομένα εφαρμοστούν αναλύσεις παλινδρόμησης κατ'έτος.²⁵⁵

4.2.3. Περιορισμοί της μελέτης σύγκρισης των εθνικών ερευνών υγείας

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που χρησιμοποιεί τα δεδομένα των εθνικών ερευνών υγείας για να διερευνήσει τις τάσεις του επιπέδου υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ενσωματώνοντας ένα μεγάλο εύρος μεταβλητών στα υποδείγματα παλινδρόμησης και εξετάζοντας πολυδιάστατα τα εν λόγω φαινόμενα υπό το πρίσμα των κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Τα βασικά πλεονεκτήματα της συγκριτικής μελέτης των εθνικών ερευνών υγείας είναι η χρήση μεγάλων δειγμάτων αντιπροσωπευτικών του γενικού πληθυσμού, η πολυσταδιακή στρωματοποιημένη μέθοδος δειγματοληψίας, τα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης, η απόκτηση των δεδομένων με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, που ελαχιστοποιεί το σφάλμα μη απόκρισης,^{158,181,182} και η χρήση της ψευδομεταβλητής «έτος έρευνας» ως έμμεσου δείκτη του μακροπεριβάλλοντος κάθε έτους στα υπολογιζόμενα υποδείγματα παλινδρόμησης, που επιτρέπει την αδρή ποσοτικοποίηση του

ρόλου της μακροοικονομικής κατάστασης. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη υπόκειται σε διάφορους περιορισμούς. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η αδυναμία διερεύνησης αιτιωδών σχέσεων λόγω του ερευνητικού σχεδιασμού που ακολουθήθηκε και της συγχρονικής φύσης των δεδομένων, η μοναδικότητα της ελληνικής περίπτωσης και οι ιδιαιτερότητες της ελληνικής κρίσης, που περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων σε αντίστοιχες περιπτώσεις στο μέλλον, το ότι οι αυτοαναφερόμενες πληροφορίες υπόκεινται σε σφάλμα ανάκλησης ή σε απροθυμία των ερωτηθέντων να αποκαλύψουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, όπως το εισόδημα, και το ότι η χρήση των υπηρεσιών εξετάστηκε από την οπτική του ευρύτατα διαδεδομένου συμπεριφορικού μοντέλου του Andersen, που περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες παραγόντων και αγνοεί σχετιζόμενους με τις υπηρεσίες υγείας παράγοντες, όπως η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, οι διαθέσιμες κλίνες και η διαθεσιμότητα γενικότερα, τα αποτελέσματα των υπηρεσιών (ενδιάμεσες και τελικές εκβάσεις) κλπ.²⁵⁶ Επίσης, ένα άλλο μειονέκτημα της μελέτης είναι το ότι δεν συμπεριλήφθηκαν στις ανεξάρτητες μεταβλητές οι συνθήκες στέγασης και οι τοπικές περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως σε άλλες παρόμοιες μελέτες,^{257,258} αλλά ούτε και η ασφάλιση υγείας ως παράγοντας που καθιστά τα άτομα ικανά για χρήση, μολονότι σχετίζεται ισχυρά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και έχει επηρεαστεί δυσμενώς από την κρίση και τα μέτρα λιτότητας, επειδή δε διερευνήθηκε στο πλαίσιο των εθνικών ερευνών υγείας.²⁵⁹

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα τις τάσεις του επιπέδου υγείας των κατοίκων της Ελλάδας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από αυτούς και επαληθεύει εν μέρει την αρχική ερευνητική υπόθεση, διαπιστώνοντας επιδείνωση ή στατιστικά μη σημαντικές μεταβολές για την πλειοψηφία των δεικτών που αναλύθηκαν. Με μετρούμενες εκβάσεις τη ΣΥΠΖ σε δείγματα αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας, το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, το πλήθος των αυτοαναφερόμενων νοσημάτων, τη χρήση ή μη επιλεγμένων υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και τη συχνότητα χρήσης τους σε δείγματα αντιπροσωπευτικά του ελληνικού πληθυσμού, παρέχονται ενδείξεις σχετικές με την αντικυκλική συμπεριφορά της συνοπτικής κλίμακας της σωματικής υγείας (δηλαδή βελτίωσης στη φάση της συρρίκνωσης της ελληνικής οικονομίας), την προκυκλική

συμπεριφορά της συνοπτικής κλίμακας της ψυχικής υγείας (δηλαδή επιδείνωσης στη φάση της οικονομικής κάμψης), την αύξηση του ποσοστού των ατόμων με ένα ή περισσότερα χρόνια προβλήματα υγείας, τη μείωση του ποσοστού των χρηστών των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών των «ειδικών» ιατρών και την αύξηση του ποσοστού των εισαχθέντων για ημερήσια νοσηλεία. Κυρίαρχοι μηχανισμοί ερμηνείας αυτών των αποτελεσμάτων είναι η ανεργία, η οικονομική δυσχέρεια, το στρες, η επιδείνωση της ψυχικής υγείας και οι φραγμοί στην πρόσβαση για την επιδείνωση των μελετώμενων δεικτών και η βελτίωση ορισμένων συμπεριφορών υγείας για τη βελτίωση της σωματικής διάστασης της ΣΥΠΖ. Στα παραπάνω, δε, θα πρέπει να προστεθεί το γεγονός ότι οι επιπτώσεις ήταν εντονότερες στις ευπαθείς ομάδες, ακόμα και όσον αφορά δείκτες που για το σύνολο του πληθυσμού δε μεταβλήθηκαν στατιστικά σημαντικά και το ότι εφαρμόστηκαν ορισμένες πολιτικές μετριασμού των αρνητικών επιδράσεων, ωστόσο είναι δύσκολο να προσδιοριστούν, έστω και κατά προσέγγιση, οι επιπτώσεις της κρίσης και της λιτότητας, λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης των σχετικών με την υγεία φαινομένων.

Τα αντικρουόμενα ευρήματα μεταξύ των χωρών, αλλά και εντός αυτών, καθιστούν αναγκαία τη συχνότερη διενέργεια ερευνών υγείας με κοινή μεθοδολογία και την ένταξη των συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών και των τοπικών ιδιαιτεροτήτων, όπως διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, στις υπό διερεύνηση παραμέτρους. Επιπλέον, οι αλληπάλληλες κρίσεις απαιτούν τη διαχρονική παρακολούθηση των μηχανισμών και των επιπτώσεών τους μέσα από την ανάλυση χρονοσειρών, προκειμένου να κατασκευαστούν μοντέλα πρόβλεψης και να αναδειχτούν οι βέλτιστες στρατηγικές ανταπόκρισης στην κρίση, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τη μοναδικότητα κάθε κρίσης και τους αστάθμητους παράγοντες που περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης και τον προγραμματισμό των κοινωνικών πολιτικών. Τέλος, όσον αφορά τις ερευνητικές προοπτικές και κατευθύνσεις, που αναδύονται σε σχέση με το θέμα των κρίσεων, πέρα από τις διαχρονικές συγκρίσεις και οι διακρατικές μπορούν να εντοπίσουν αποτελεσματικές πρακτικές, που κατάλληλα προσαρμοσμένες στην ελληνική πραγματικότητα θα συντελέσουν στην άμβλυνση των αρνητικών συνεπειών.

Κάθε κρίση, ανεξαρτήτως αιτίας και ανταπόκρισης, διαχέεται στην κοινωνία και επιφέρει ποικίλου βαθμού επιπτώσεις, όμως, ακόμα και σε κοινωνίες με ισχυρούς προστατευτικούς μηχανισμούς, οι ευάλωτοι υποπληθυσμοί υφίστανται τις δυσμενέστερες επιδράσεις. Μάλιστα, η τρέχουσα υγειονομική κρίση ενισχύει την παραπάνω πεποίθηση και επιβεβαιώνει όχι απλά την ανάγκη στήριξης των ευάλωτων ομάδων, αλλά την επιβεβλημένη ανάγκη πρόληψης της ευαλωτότητας. Η οικονομική κρίση έφερε στο προσκήνιο τις ανεπάρκειες των εφαρμοζόμενων

κοινωνικών πολιτικών και όξυνε τις στρεβλώσεις του συστήματος υγείας, καθιστώντας επιτακτικές τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τον εξορθολογισμό στη διαχείριση των πόρων, την άρση των ανισοτήτων στην πρόσβαση, την αναδιαμόρφωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος και τη διασφάλιση της βιωσιμότητάς του. Αρκετές μεταρρυθμίσεις έχουν υλοποιηθεί ή βρίσκονται σε φάση υλοποίησης, ωστόσο απαιτούνται πολλές πρωτοβουλίες για την προστασία των ευπαθών ομάδων και την προαγωγή της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Ο ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός του συστήματος υγείας και του κοινωνικού κράτους υπονομεύεται από πολιτικές που προάγουν τον ατομισμό και αποδομούν την κοινωνία διευρύνοντας τις κοινωνικές ανισότητες και τα υφιστάμενα ελλείμματα σε επίπεδο κοινωνικής οργάνωσης και θεσμών και συρρικνώνοντας το κοινωνικό κράτος. Βρισκόμαστε σε ένα κρίσιμο σημείο και ένα πλέγμα πολυεπίπεδων πολιτικών και δράσεων είναι απαραίτητο για να απεγκλωβιστούμε από την κρίση διαρκείας και το αδιέξοδο που βιώνουμε. Η αναδιαμόρφωση του αξιακού συστήματος μέσα από την ριζική μεταρρύθμιση του εκπαιδευτικού συστήματος, όχι μόνο σε δομικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο προσανατολισμού, η προώθηση της αναπτυξιακής προοπτικής με υιοθέτηση ενός υγιούς παραγωγικού προτύπου και παράλληλη ενίσχυση του κοινωνικού κράτους αποτελούν μονόδρομο. Ειδικότερα για τον τομέα της υγείας, η προαγωγή υγείας πρέπει να αποτελεί τον κύριο στόχο των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να καταστεί κεντρικός πυλώνας του συστήματος υγείας. Είναι, λοιπόν, απαραίτητος όχι μόνο ο δομικός εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, αλλά και η αναθεώρηση του προσανατολισμού του με μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Σίγουρα, οι παραπάνω προτάσεις ηχούν θεωρητικές και πιθανά ουτοπικές, όμως με μακρόπνοο σχεδιασμό και με την απαραίτητη πολιτική και κοινωνική συναίνεση μπορούν να υλοποιηθούν, καθώς οι κρίσεις συνθέτουν ένα σκηνικό προκλήσεων και ευκαιριών για να πραγματοποιηθούν βαθιές τομές και δύνανται να αποτελέσουν έναν κρίσιμο καταλύτη για να αναστραφεί η κατάσταση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο/Σκοπός: Το 2009, η Ελλάδα εισήλθε σε μια παρατεταμένη περίοδο ύφεσης και υιοθέτησε μέτρα λιτότητας, που επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό πολλές πτυχές της κοινωνικοοικονομικής ζωής, συμπεριλαμβανομένου του τομέα υγείας. Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό στο πλαίσιο της κρίσης.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα δύο συγχρονικών ερευνών, που διεξήχθησαν στον πληθυσμό των ενηλίκων της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας το 2003 και το 2016, για να διερευνηθούν ενδεχόμενες μεταβολές της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (ΣΥΠΖ) και να εκτιμηθούν ο ρόλος της οικονομικής κρίσης και άλλων κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ΣΥΠΖ. Επιπλέον, δύο εθνικές έρευνες υγείας, που διεξήχθησαν στον πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω το 2009 και το 2014, χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση των τάσεων και των προσδιοριστών του επιπέδου υγείας και της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης. Εφαρμόστηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι Mann-Whitney U και χ^2 για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών και αναλύσεις παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των προσδιοριστών του επιπέδου υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Αποτελέσματα: Η συνοπτική κλίμακα της σωματικής υγείας βελτιώθηκε και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας επιδεινώθηκε σε σχέση με τα προ κρίσης επίπεδα. Η ηλικία, το φύλο, η λήψη σύνταξης και το χαμηλό εισόδημα ήταν οι ισχυρότεροι προσδιοριστές για τη σωματική διάσταση, ενώ η ηλικία, το διαζύγιο, η χηρεία και οι συνθήκες οικονομικής κρίσης ήταν οι ισχυρότεροι προσδιοριστές για την ψυχική διάσταση της ΣΥΠΖ. Το 2014 σε σχέση με το 2009, το ποσοστό των συμμετεχόντων με ένα ή περισσότερα χρόνια προβλήματα υγείας αυξήθηκε και το ποσοστό εκείνων με πολύ κακή/κακή/μέτρια κατάσταση υγείας δε μεταβλήθηκε σημαντικά. Οι πιο σημαντικοί προσδιοριστές για το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας ήταν η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η λήψη σύνταξης, η νοσηρότητα και η έντονη ενόχληση πόνου, ενώ για τη νοσηρότητα από χρόνια προβλήματα υγείας η ηλικία, το διαζύγιο/χηρεία και η ιδιότητα του συνταξιούχου. Επίσης, το ποσοστό των χρηστών των υπηρεσιών των «ειδικών» ιατρών μειώθηκε, το ποσοστό των εισαχθέντων στο νοσοκομείο για ημερήσια νοσηλεία αυξήθηκε, ενώ τα ποσοστά των νοσηλευθέντων με διανυκτέρευση και των χρηστών των υπηρεσιών των γενικών ιατρών δε μεταβλήθηκαν στατιστικά σημαντικά. Οι ισχυρότεροι προσδιοριστές της χρήσης εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο

υγείας και ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ως εκφραστής του γενικότερου πλαισίου και των συνθηκών κρίσης, ενώ τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία για τη χρήση ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών είχαν κυρίως οι σχετιζόμενοι με την υγειονομική ανάγκη παράγοντες.

Συμπεράσματα: Ο προσδιορισμός της προκυκλικής ή αντικυκλικής φύσης και συμπεριφοράς των μεταβλητών του επιπέδου υγείας και της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και των προσδιοριστών τους, αποτελεί σημαντική προτεραιότητα προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση στο σύστημα υγείας και να προωθηθεί η ισότητα στην υγεία.

ABSTRACT

Background/Aim: In 2009, Greece entered a prolonged recession period and adopted austerity measures, which have profoundly affected many aspects of social sector, including health sector. The objective of this study was to investigate health status and health services utilization in the Greek population in the context of the crisis and its determinants.

Methods: Two cross-sectional surveys of the adult residents of Athens conducted in 2003 and 2016 surveys were used to analyze possible changes in Health-related Quality of Life and estimate the role of the economic crisis and other demographic and socio-economic factors. Additionally, two National Health Surveys of the population aged 15 and over, conducted in 2009 and 2014 were used to investigate trends in healthcare utilization and its determinants. Mann–Whitney tests and chi-square tests were applied to estimate possible statistically significant differences and regression analyses were performed to identify significant determinants of health status and healthcare utilization.

Results: Physical component summary score (PCS) has improved and Mental Component Summary score (MCS) has deteriorated. The most important determinants of PCS were age, gender, being retired and low income and of MCS age, being divorced or widowed and financial crisis conditions (survey year was used as a proxy measure of crisis). Between 2009 and 2014, the percentage of participants who reported one or more chronic health problems increased and the percentage of those with very bad/bad/fair health status did not change significantly. The most important predictors of self-rated health status were age, educational attainment, being retired, morbidity and experiencing pain and regarding self-reported morbidity, age, being divorced/widowed and retired had the strongest impact. Additionally, the share of those who had visited a specialist decreased, the share of same-day patients increased, whereas that of those who had visited a general practitioner or had been hospitalized did not change significantly. The strongest predictors of outpatient healthcare utilization were self-rated health and being surveyed in 2014, while concerning inpatient care, need-related factors had the strongest effect.

Conclusions: Identifying the procyclical or counter-cyclical nature of health status and healthcare utilization and the association with their determinants is an important priority in order to improve access and promote health equity.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κότιος Α, Παυλίδης Γ. Διεθνείς οικονομικές κρίσεις: Κρίσεις του συστήματος ή της πολιτικής;. Εκδοτικός οίκος Rosili, Αθήνα, 2012.
- 2) Bordo MD, Meissner CM. Fiscal and financial crises. In: Taylor J, Uhlig H (eds) Handbook of macroeconomics volume 2. North Holland, Amsterdam, 2016:355–412.
- 3) Κατσίκας Δ. Οικονομικές κρίσεις και διεθνές σύστημα. Τύποι οικονομικών κρίσεων. Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, Αθήνα, 2015. <http://opencourses.uoa.gr/courses/PSPA101/>.
- 4) Koh WC, Kose MA, Nagle PS, et al. Debt and financial crises. Policy research working paper 9116. World Bank, Washington, 2020. <http://documents.worldbank.org/curated/en/560291579701550183/pdf/Debt-and-Financial-Crises.pdf>.
- 5) Keeley B, Love P. From crisis to recovery: The causes, course and consequences of the great recession. OECD Publishing, Paris, 2010. <https://doi.org/10.1787/9789264077072-en>.
- 6) Hou X, Velenyi EV, Yazbeck AS, et al. Learning from economic downturns: how to better assess, track, and mitigate the impact on the health sector. World Bank, Washington, 2013:7–16.
- 7) OECD. OECD interim economic assessment. Coronavirus: The world economy at risk. OECD Publishing, Paris, 2020. <https://doi.org/10.1787/7969896b-en>.
- 8) World Health Organization Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013.
- 9) Wilkinson RG, Marmot MG. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization, Copenhagen. 2003.
- 10) Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization, Geneva, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf.
- 11) Ruckert A, Labonté R. The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. Crit Public Health 2012, 22(3): 267–279.
- 12) Ruckert A, Labonté R. The global financial crisis and health equity: Early experiences from Canada. Global Health 2014, 10:2. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-2>.

- 13) Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health* 2014, 24(3):399–403.
- 14) Kentikelenis AE. Structural adjustment and health: a conceptual framework and evidence on pathways. *Soc Sci Med* 2017, 187:296–305.
- 15) Griffith R, O’Connell M, Smith K. Food expenditure and nutritional quality over the great recession. IFS briefing note BN143. Institute for Fiscal Studies, 2013. <https://doi.org/10.1920/BN.IFS.2012.00143>.
- 16) Ruhm CJ. Healthy living in hard times. *J Health Econ* 2005, 24(2):341–363.
- 17) Harhay MO, Bor J, Basu S, et al. Differential impact of the economic recession on alcohol use among white British adults, 2004-2010. *Eur J Public Health* 2014, 24(3):410–415.
- 18) Latif E. The impact of recession on drinking and smoking behavior in Canada. *Econ Model* 2014, 42:43–56.
- 19) Gallus S, Tramacere I, Pacifici R, et al. Smoking in Italy 2008–2009: a rise in prevalence related to the economic crisis?. *Prev Med* 2011, 52(2):182–183.
- 20) Shaw BA, Agahi N, Krause N. Are changes in financial strain associated with changes in alcohol use and smoking among older adults?. *J Stud Alcohol Drugs* 2011, 72(6):917–925.
- 21) Abbey A, Smith MJ, Scott RO. The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: an interactional approach. *Addict Behav* 1993, 18(6):659–670.
- 22) Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, et al. The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health* 2011, 32:431–450.
- 23) Manski CF, Straub JD. Worker perceptions of job insecurity in the mid-1990s: Evidence from the survey of economic expectations. *J Hum Resour* 2000, 35(3):447–479.
- 24) Filippidis FT, Schoretsaniti S, Dimitrakaki C, et al. Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: The impact of social disparities. *Eur J Public Health* 2014, 24(6):974–979.
- 25) Schoretsaniti S, Filippidis FT, Vardavas CI, et al. 5-year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addict Behav* 2014, 39(1):140–145.
- 26) Andrietta LS, Levi ML, Scheffer MC, et al. The differential impact of economic recessions on health systems in middle-income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil. *BMJ Global Health* 2020, 5(2):e002122.

- 27) Paes-Sousa R, Schramm JM, Mendes LV. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. *Ciênc. saúde coletiva* 2019, 24(12):4375–4384. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>.
- 28) Jesus TS, Kondilis E, Filippon J, et al. Impact of economic recessions on healthcare workers and their crises' responses: study protocol for a systematic review of the qualitative and quantitative evidence for the development of an evidence-based conceptual framework. *BMJ Open* 2019, 9(11):e032972.
- 29) Brinkman HJ, de Pee S, Sanogo I, et al. High food prices and the global financial crisis have reduced access to nutritious food and worsened nutritional status and health. *J Nutr.* 2010, 140(1):153S–161S.
- 30) UNICEF. The state of the world's children 1998. Oxford University Press, New York, 1998.
- 31) Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018, 15(5):e1002570.
- 32) Blyth M. Austerity: The history of a dangerous idea. Cambridge University Press, New York, 2013.
- 33) Stuckler D, Basu S. The body economic: Why austerity kills: Recessions, budget battles and the politics of life and death. Basic Books, New York, 2013.
- 34) Παπαναστασίου Σ, Πετμεζίδου Μ. Οικονομική κρίση, λιτότητα και ανισότητες στην υγεία: Πολιτικές επιλογές και προσεγγίσεις στο ζήτημα της ανισότητας. Στο: Πετμεζίδου Μ, Παπαναστασίου Σ, Πεμπτεζόγλου Μ (εκδ) Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα, 2015.
- 35) Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010, 27(5): 834–840.
- 36) Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>.
- 37) Graham H, Kelly M. Health inequalities: Concepts, framework and policy. Briefing paper. NHS Health Development Agency, London, 2004.
- 38) Marmot M. The influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health Aff (Millwood)* 2002, 21(2):31–46.

- 39) Wilkinson R. *Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality*. Routledge, London, 1996.
- 40) Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy summary 5. World Health Organisation Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108608>.
- 41) EAPN. Is the European project moving backwards; The social impact of the crisis and of the recovery policies in 2010. European Anti Poverty Network Report. European Anti Poverty Network, Brussels, 2011:23–24. <https://www.eapn.eu/is-the-european-project-moving-backwards>. Accessed: 10/04/2020.
- 42) Dore MH, Singh RG. The global financial crisis and the Great Recession of 2007–2009. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci* 2010, 14(3):317–342.
- 43) Ifanti A, Argyriou A, Kalofonou F, et al. Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy* 2013, 113 (1-2):8–12.
- 44) International Labour Organization. *Global employment trends 2012: Preventing a deeper jobs crisis*. ILO, Geneva, 2012. https://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/WCMS_171679/lang--en/index.htm. Accessed: 12/04/2020.
- 45) Eurostat. December 2012 Euro area unemployment rate at 11.7% EU27 at 10.7%. Eurostat Press Office, Luxembourg, 2013. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/STAT_13_19.
- 46) Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374(9686):315–323.
- 47) Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Serv Manage Res* 2008, 21(1):40–59.
- 48) Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health Place* 2006, 12(2):141–156.

- 49) McInerney M, Mellor JM. Recessions and seniors' health, health behaviors, and healthcare use: analysis of the Medicare Current Beneficiary Survey. *J Health Econ* 2012, 31(5):744–751.
- 50) Beletsioti C, Niakas D. Health-related quality of life in adult population before and after the onset of financial crisis: the case of Athens, Greece. *Qual Life Res* 2019, 28(12):3237–3247.
- 51) Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, et al. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19(5):1–166.
- 52) Μπελετσιώτη Χ, Παπαδόπουλος Α, Νιάκας Δ. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και τη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2018, 35(5):686–697.
- 53) Κότιος Α, Γαλανός Γ, Ρουκανάς Σ. Η Ελληνική κρίση και η κρίση του συστήματος διακυβέρνησης της Ευρωζώνης. Σειρά Ερευνητικών Εργασιών, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης 2012, 18(1):1-26.
- 54) Mavridis S. Greece's economic and social transformation 2008–2017. *Soc Sci* 2018, 7(1):9. <https://doi.org/10.3390/socsci7010009>.
- 55) Sakellaropoulos S. Greece's (un) competitive capitalism and the economic crisis. Palgrave Macmillan, London, 2019. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14319-0>.
- 56) Galenianos M, The Greek crisis: Origins and implications. Royal Holloway, University of London, London, 2014. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2505455>.
- 57) Τράπεζα της Ελλάδος. Το χρονικό της μεγάλης κρίσης, Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013. Τράπεζα της Ελλάδος, Κέντρο Πολιτισμού Έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα, 2014.
- 58) Shambaugh JC. The three Euro's crisis. *Brook Pap Econ Act* 2012, 43(1):157–231.
- 59) Ogunnoiki AO. The Eurozone debt crisis and its impact on E.U member states economic growth: A case study of Greece. *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences* 2016, 16(1):85–94.
- 60) Harari D. Greek debt crisis: background and developments in 2015. Briefing paper, Number 7114. House of Commons, UK Parliament, London, 2015.
- 61) Pagoulatos G. Greece after the bailouts: assessment of a qualified failure. *GreeSE Papers* (130). Hellenic Observatory, European Institute, London, 2018. <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/91957>.

- 62) Park KH. Lessons and implications from the European sovereign debt crisis. *Journal of Finance and Economics* 2015, 3(3):72–88.
- 63) Giannitsis T, Zografakis S. Greece: Solidarity and adjustment in times of crisis. *Macroeconomic Policy Institute, Hans-Boeckler Foundation, Dusseldorf, 2015.* http://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_38_2015.pdf. Accessed: 20/04/2020.
- 64) Cheng G. The 2012 private sector involvement in Greece. Discussion paper series no. 11. Programme evaluation II special. European Stability Mechanism, Luxembourg, 2020. doi:10.2852/782725.
- 65) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *European Industrial Relations Dictionary: Troika.* European Observatory of Working Life, 2017. <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/troika>. Accessed: 22/04/2020.
- 66) Λιαργκόβας Π. Ένας απολογισμός των μνημονίων και οι προοπτικές ανάπτυξης. *Νέα Εστία* 2014, 1861:108–120.
- 67) European Stability Mechanism. *Timeline of events: 2009-2018.* European Stability Mechanism, 2018. <https://www.esm.europa.eu/assistance/greece/timeline-greece-exit>. Accessed: 25/04/2020.
- 68) Απλά Βικιπαίδεια. *Ελληνική οικονομική κρίση (2009-2018).* 2020. [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_\(2009-2018\)](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_(2009-2018)). Τελευταία πρόσβαση στις: 25/04/2020.
- 69) Chantzaras AE, Yfantopoulos JN. Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Soc Sci Med* 2018, 211:338–351.
- 70) Economou Ch, Kaitelidou D, Kentikelenis A, et al. Case study: the impact of economic crisis on the Greek Health System. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, et al (eds) *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience.* WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2014:103–142.
- 71) Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ν. 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011.
- 72) Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ν. 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014.

- 73) Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ν. 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017.
- 74) Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ν. 4052/2012. Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012.
- 75) Εφημερίδα της κυβερνήσεως. Ν. 4447/2016. Χωρικός σχεδιασμός - Βιώσιμη ανάπτυξη και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 241/Α/23-12-2016.
- 76) OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Ελλάδα: Προφίλ υγείας 2017. OECD Publishing, Paris, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264285224-el>.
- 77) Εφημερίδα της κυβερνήσεως. Ν. 4368/2016: Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016.
- 78) Εφημερίδα της κυβερνήσεως. Ν. 4093/2012. Έγκριση μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2013-2016. ΦΕΚ 222/Α/12-11-2012.
- 79) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο τύπου: Κίνδυνος φτώχειας, Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών: Έτος 2019. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2020. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2019>. Τελευταία πρόσβαση στις: 02/05/2020.
- 80) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο τύπου: Υλική στέρηση και συνθήκες διαβίωσης, Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών έτους 2016. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2017. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2016>. Τελευταία πρόσβαση στις: 02/05/2020.
- 81) OECD. Employment rate (indicator). OECD, 2020. doi: 10.1787/1de68a9b-en.
- 82) OECD. Unemployment rate (indicator). OECD, 2020. doi: 10.1787/52570002-en.
- 83) OECD. Long-term unemployment rate (indicator). OECD, 2020. doi: 10.1787/76471ad5-en.
- 84) OECD. Youth unemployment rate (indicator). OECD, 2020. doi: 10.1787/c3634df7-en.

- 85) Αργεΐτης Γ, Γεωργιάδου Π, Ευστράτογλου Α, και συν. Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια έκθεση 2018. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., Αθήνα, 2018.
- 86) Αργεΐτης Γ, Γεωργιάδου Π, Ιωακείμογλου Η, και συν. Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια έκθεση 2017. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., Αθήνα, 2017.
- 87) Arapoglou V, Gounis K. Poverty and homelessness in Athens: Governance and the rise of an emergency model of social crisis management. GreeSE paper No. 90 Hellenic Observatory Papers on Greece and Southern East Europe. LSE, Hellenic Observatory European Institute, London, 2015.
- 88) Kourachanis N. Confronting homelessness in Greece during at time of crisis. Soc Cohesion Dev 2016, 10(2):113–129.
- 89) FEANTSA. ETHOS: European typology of homelessness and housing exclusion. European Federation of National Associations working with the homeless, Brussels, 2017. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>. Accessed: 05/05/2020.
- 90) Amore K, Baker M, Howden-Chapman P. The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. Eur J Homelessness 2011, 5(2):19–37.
- 91) Baptista I, Marlier E. Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN), Brussels, 2019. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8243&furtherPubs=yes>.
- 92) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαζύγια 2017. Χρονοσειρά. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2019. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJU09/2017>. Τελευταία πρόσβαση στις: 06/05/2020.
- 93) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο τύπου. Στατιστικές διαζυγίων: Έτους 2017. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2019. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJU09/2017>. Τελευταία πρόσβαση στις: 06/05/2020.
- 94) Ελληνική Αστυνομία. Στατιστικά στοιχεία εγκληματικότητας. http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&lang=&perform=view&id=93707Itemid=2425&lang=. Τελευταία πρόσβαση στις: 06/05/2020.
- 95) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2018. Χρονοσειρά. 06. The financing of health providers by financing agents (HF x HP) -SHA 2011 GR (2009 - 2018). Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2020. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2018>. Τελευταία πρόσβαση στις: 07/05/2020.

- 96) Karidis NP, Dimitroulis D, Kouraklis G. Global financial crisis and surgical practice: The Greek paradigm. *World J Surg* 2011, 35:2377–2381.
- 97) Yfantopoulos JN, Chantzaras A. Drug policy in Greece. *Value Health Reg Issues* 2018, 16:66–73.
- 98) Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy* 2014, 115(2-3):111–119.
- 99) Notara V, Koupidis SA, Vaga E, et al. Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *J Nurs Manag* 2010, 18(5):501–504.
- 100) Yfantopoulos N, Yfantopoulos P, Yfantopoulos J. Pharmaceutical policies under economic crisis: the Greek case. *J Health Policy Outcomes Res* 2016, 2:4–16.
- 101) Κυριόπουλος Ι, Μανιαδάκης Ν, Στουρνάρας Ι. Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας την περίοδο του μνημονίου στην Ελλάδα. IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα, 2011.
- 102) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας / 2018. Χρονοσειρά. 04. The financing of health services by financing sector (HC x HF) - SHA 2011 GR (2009 - 2018). Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2020. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2018>. Τελευταία πρόσβαση στις: 07/05/2020.
- 103) Eurostat. Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes. [hlth_sha11_hchf]. Eurostat, 2020. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hchf&lang=en. Τελευταία πρόσβαση στις: 08/05/2020.
- 104) Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. Προσωρινή απαγόρευση παράλληλων εξαγωγών και ενδοκοινοτικής διακίνησης. Εγκύκλιοι 2010, 2012, 2013, 2014, 2015. <https://www.sfee.gr/category/bibliothiki/farmakeftiki-nomothesia/egkiklioι-eof/apagorefsi-exagogon/>. Τελευταία πρόσβαση στις: 07/11/2020.
- 105) OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2011. https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
- 106) Vadoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 2013, 109(1):1–6.
- 107) Eurostat. Health care expenditure by function. [hlth_sha11_hc]. Eurostat, 2020. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?wai=true&dataset=hlth_sha11_hc.
- 108) Καστανιώτη Α., Πολύζος Ν. Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών -ESY.net. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2016, 33(2): 198–206.

- 109) Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. ΔιαΝΕΟσις, Αθήνα, 2016.
- 110) Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, et al. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008;87(1):72–81.
- 111) Kaitelidou D, Tsirona CS, Galanis PA, et al. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2013, 109(1):23–30.
- 112) Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378(9801):1457–1458.
- 113) Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, et al. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383(9918):748–753.
- 114) European Centre for Disease Prevention and Control. Number and rates of confirmed HIV reported infections, EU/EEA, 2008–2012. ECDC, Stockholm, 2015. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/number-and-rates-confirmed-hiv-reported-infections-eueea-2008-2012>. Accessed: 09/05/2020.
- 115) ΚΕΕΛΠΙΝΟ. Δελτίο επιδημιολογικής επιτήρησης HIV/AIDS 2012. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα, 2012. <https://eody.gov.gr/disease/aids/>. Τελευταία πρόσβαση στις: 09/05/2020.
- 116) ΚΕΕΛΠΙΝΟ. Δελτίο επιδημιολογικής επιτήρησης HIV/AIDS 2010. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης και Νοσημάτων, Αθήνα, 2010. <https://eody.gov.gr/disease/aids/>. Τελευταία πρόσβαση στις: 09/05/2020.
- 117) Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg* 2012, 53(3):169–171.
- 118) ΚΕΕΛΠΙΝΟ. Ετήσιες επιδημιολογικές εκθέσεις ανά νόσημα. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης και Νοσημάτων, Αθήνα. <https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/etisies-epidimiologikes-ektheseis/>. Τελευταία πρόσβαση στις: 09/05/2020.
- 119) OECD.Stat. Health status: Causes of mortality. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30115>.
- 120) CDC. Principles of epidemiology in public health practice: An introduction to applied epidemiology and biostatistics. Lesson three: Measures of risk. Third edition. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2012. <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/index.html>. Accessed: 10/05/2020.

- 121) Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 2013, 145(3):308–314.
- 122) Madianos M, Economou M, Alexiou T, et al. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46(10):943–952.
- 123) Giotakos O, Tsouvelas G, Kontaxakis V. Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatriki* 2012, 23(1):29–38.
- 124) Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011, 22(2):109–119.
- 125) Eurostat. Health – Overview. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health>. Accessed: 31/03/2020.
- 126) OECD. OECD Data. Health. <https://data.oecd.org/health.htm>. Accessed: 31/03/2020.
- 127) OECD. Health at a Glance 2009: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2009. https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en.
- 128) OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2019. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- 129) Glonti K, Gordeev VS, Goryakin Y, et al. A systematic review on health resilience to economic crises. *PLoS One* 2015, 10(4):e0123117.
- 130) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2020. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2018>. Τελευταία πρόσβαση στις: 15/05/2020.
- 131) Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Stergachis A, et al. The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–2016: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Public Health* 2018, 3(8):e395–e406.
- 132) Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, et al. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Soc Cohesion Dev* 2014, 9(2):99–115.
- 133) Niakas D. Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *Int J Health Serv* 2013, 43(4):597–602.
- 134) Crookes C, Palladino R, Seferidi P, et al. Impact of the economic crisis on household health expenditure in Greece: an interrupted time series analysis. *BMJ Open* 2020, 10(8):e038158.

- 135) OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, 2019. <https://doi.org/10.1787/9552c910-el>.
- 136) Gaál P. Addressing informal payments in the Greek health system. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018. <https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/addressing-informal-payments-in-the-greek-health-system-2018>. Accessed: 01/07/2020.
- 137) OECD. Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. OECD Health Statistics (database), 2020. <https://doi.org/10.1787/data-00349-en>. Accessed: 18/11/2020.
- 138) Flokou A, Aletras V, Niakas D. A window-DEA based efficiency evaluation of the public hospital sector in Greece during the 5-year economic crisis. PLoS One 2017, 12(5):e0177946.
- 139) Απλά Χαλικιάς Μ, Μανωλέσου Α, Λάλου Π. Μεθοδολογία έρευνας και εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα, 2015. <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5075>.
- 140) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δημογραφικά χαρακτηριστικά / 2011. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/2011>. Τελευταία πρόσβαση στις: 05/04/2020.
- 141) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δημογραφικά χαρακτηριστικά / 2001. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/2001>. Τελευταία πρόσβαση στις: 05/04/2020.
- 142) Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. Qual Life Res 2005, 14(5):1433–1438.
- 143) Κοντοδημόπουλος Ν. Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων. Αθήνα, 2016.
- 144) Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 Health Survey manual and interpretation guide. New England Medical Center, Boston, 1993.
- 145) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Αρχεία δημόσιας χρήσης. <https://www.statistics.gr/public-use-files>. Τελευταία πρόσβαση στις: 05/04/2020.
- 146) CIOMS. International ethical guidelines for epidemiological studies. Council for International Organizations of Medical Sciences, Geneva, 2009. <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-epidemiological-studies>.
- 147) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έρευνα Υγείας. 2014. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2014>. Τελευταία πρόσβαση στις: 05/04/2020.

- 148) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έρευνα Υγείας. 2009. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2009>. Τελευταία πρόσβαση στις: 05/04/2020.
- 149) Brzezinski M. What accounts for the rise of low self-rated health during the recent economic crisis in Europe?. *Int J Equity Health* 2019, 18(1):21.
- 150) Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav* 1995, 36(1):1–10.
- 151) Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974, 2(4):328–335.
- 152) Emmering SA, Astroth KS, Woith WM, et al. Social capital, health, health behavior, and utilization of healthcare services among older adults: A conceptual framework. *Nurs Forum* 2018, 53(4):416–424.
- 153) Hosseini Shokouh SM, Arab M, Emamgholipour S, et al. Conceptual models of social determinants of health: A narrative review. *Iran J Public Health* 2017, 46(4):435–446.
- 154) Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes* 2012, 10:134.
- 155) ODPHP. Determinants of Health. Healthy People 2020. Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>. Accessed: 11/08/2020.
- 156) Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107791>.
- 157) Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's behavioral model of health services use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med* 2012, 9:Doc11. doi:10.3205/psm000089.
- 158) Kim S, Egarter S, Cubbin C, et al. Potential implications of missing income data in population-based surveys: An example from a postpartum survey in California. *Public Health Rep* 2007, 122(6):753–763.
- 159) Chantzaras A, Yfantopoulos J. The effects of the economic crisis on health status and health inequalities in Greece. *Value Health* 2017, 20(9):A510.
- 160) de Miguel-Diez J, Lopez-de-Andres A, Hernandez-Barrera V, et al. Effect of the economic crisis on the use of health and home care services among Spanish COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018, 13:725–739.

- 161) Lopez-de-Andres A, de Miguel-Diez J, Hernandez-Barrera V, et al. Effect of the economic crisis on the use of health and home care services among elderly Spanish diabetes patients. *Diabetes Res Clin Pract* 2018, 140:27–35.
- 162) Singstad MT, Wallander JL, Lydersen S, et al. Perceived social support among adolescents in residential youth care. *Child Fam Soc Work*. 2020; 25(2):384–393.
- 163) Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, et al. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 2013, 23(2):206–210.
- 164) Calzón Fernández S, Fernández Ajuria A, Martín JJ, et al. The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2015, 69(9):880–885.
- 165) Ergin I, Mandiracioglu A. Demographic and socioeconomic inequalities for self-rated health and happiness in elderly: the situation for Turkey regarding World Values Survey between 1990 and 2013. *Arch Gerontol Geriatr* 2015, 61(2):224–230.
- 166) Langkamp DL, Lehman A, Lemeshow S. Techniques for handling missing data in secondary analyses of large surveys. *Acad Pediatr* 2010, 10(3):205–210.
- 167) Joseph MH. *Negative Binomial Regression*. Cambridge Univ Press, London, 2007:173–177.
- 168) Δημολιάτης Ι, Γαλάνης Π, Γελαστοπούλου Ε, και συν. Λεξικό όρων υγιεινής και επιδημιολογίας. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα, 2015. <http://hdl.handle.net/11419/2667>. ISBN 978-960-603-104-5.
- 169) Böhning D, Dietz E, Schlattmann P. Zero-inflated count models and their applications in public health and social science. In: Rost J, Langeheine R (eds) *Applications of latent trait and latent class models in the Social Sciences*. Waxmann Verlag, Münster/New York, 1997:333–344.
- 170) Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012, 74(5):647–653.
- 171) Bartoll X, Toffolutti V, Malmusi D, et al. Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001–2012). *BMC Public Health* 2015, 15, 865.
- 172) Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995, 273(1):59–65.
- 173) Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, et al. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh* 2005, 37(4):336–342.

- 174) Frasilho D, Matos MG, Salonna F, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health* 2016, 16:115.
- 175) Filippidis FT, Gerovasili V, Millett C, et al. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health related behaviours and access to healthcare in Greece. *Sci Rep* 2017, 7:46423.
- 176) Petrelli A, Di Napoli A, Rossi A, et al. The variation in the health status of immigrants and Italians during the global crisis and the role of socioeconomic factors. *Int J Equity Health* 2017, 16(1):98.
- 177) Clause-Verdreau AC, Audureau É, Leplège A, et al. Contrasted trends in health-related quality of life across gender, age categories and work status in France, 1995-2016: repeated population-based cross-sectional surveys using the SF-36. *J Epidemiol Community Health* 2019, 73(1):65–72.
- 178) Davalos ME, French MT. This recession is wearing me out! Health-related quality of life and economic downturns. *J Ment Health Policy Econ* 2011, 14(2):61–72.
- 179) Milner A, Spittal MJ, Page A, et al. The effect of leaving employment on mental health: testing 'adaptation' versus 'sensitisation' in a cohort of working-age Australians. *Occup Environ Med* 2014, 71(3):167–174.
- 180) Molarius A, Berglund K, Eriksson C, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC Public Health* 2009, 9:302.
- 181) Donovan RJ, Holman CD, Corti B, et al. Face-to-face household interviews versus telephone interviews for health surveys. *Aust N Z J Public Health* 1997, 21(2):134–140.
- 182) Ekholm O, Gundgaard J, Rasmussen NK, et al. The effect of health, socio-economic position, and mode of data collection on non-response in health interview surveys. *Scand J Public Health* 2010, 38(7):699–706.
- 183) Sosnowski R, Kulpa M, Ziętaiewicz U, et al. Basic issues concerning health-related quality of life. *Cent European J Urol* 2017, 70(2):206–211.
- 184) Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016, 266(2):89–124.
- 185) Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013, 12(1):53–59.
- 186) Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, et al. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012, 345:e5142.

- 187) Breuer C. Unemployment and suicide mortality: Evidence from regional panel data in Europe. *Health Econ* 2015, 24(8):936–950.
- 188) Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, et al. Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016, 51(7):1015–1024.
- 189) Economou M, Peppou LE, Souliotis K, et al. An association of economic hardship with depression and suicidality in times of recession in Greece. *Psychiatry Res* 2019, 279:172–179.
- 190) Economou M, Peppou LE, Louki E, et al. Depression telephone helpline: help seeking during the financial crisis. *Psychiatriki* 2012, 23(1):17–28.
- 191) Gili M., García-Campayo J., Roca M. Economic crisis and mental health. *SESPAS Report. Gac Sanit* 2014, 28(Suppl 1):104–108. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005. (In Spanish).
- 192) Economou M, Peppou L, Fousketaki S, et al. Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders. *Psychiatriki* 2013, 24(4):247–261.
- 193) Konstantakopoulos G, Pikouli K, Ploumpidis D, et al. The impact of unemployment on mental health examined in a community mental health unit during the recent financial crisis in Greece. *Psychiatriki* 2019, 30(4):281–290.
- 194) Michas G, Karvelas G, Trikas A. Cardiovascular disease in Greece; the latest evidence on risk factors. *Hellenic J Cardiol* 2019, 60(5):271–275.
- 195) Makaris E, Michas G, Micha R, et al. Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese. *Int J Cardiol* 2013, 168(5):4886–4887.
- 196) Sanidas EA, Papaioannou TG, Papadopoulos DP, et al. The impact of financial crisis on coronary artery disease burden in Greece. *Hellenic J Cardiol* 2019, 60(3):185–188.
- 197) Tousoulis D. Socioeconomic status and cardiac disease in Europe: A modern-day problem in the era of economic crisis. *Hellenic J Cardiol* 2017, 58(1):1–3.
- 198) Torbica A, Maggioni AP, Ghislandi S. The economic crisis and acute myocardial infarction: New evidence using hospital-level data. *PLoS One* 2015, 10(11):e0142810.
- 199) Birgisdóttir KH, Hauksdóttir A, Ruhm C, et al. The effect of the economic collapse in Iceland on the probability of cardiovascular events. *Econ Hum Biol* 2020, 37:100861.
- 200) Regidor E, Mateo A, Barrio G, et al. Mortality in Spain in the context of the economic crisis and austerity policies. *Am J Public Health* 2019, 109(7):1043–1049.

- 201) Sidney S, Quesenberry CP Jr, Jaffe MG, et al. Recent trends in cardiovascular mortality in the United States and public health goals. *JAMA Cardiol* 2016, 1(5):594–599.
- 202) Ruhm CJ. Health effects of economic crises. *Health Econ* 2016, 25(Suppl 2):6–24.
- 203) Abebe DS, Toge AG, Dahl E. Individual-level changes in self-rated health before and during the economic crisis in Europe. *Int J Equity Health* 2016, 15:1.
- 204) Whitehead BR, Bergeman CS. The effect of the financial crisis on physical health: Perceived impact matters. *J Health Psychol* 2017, 22(7):864–873.
- 205) Arroyo E, Renart G, Saez M. How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain. *Int J Equity Health* 2015, 14:149.
- 206) Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2018, 115(25):6440–6445.
- 207) Filippidis FT, Vardavas CI, Loukopoulou A, et al. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *Eur J Public Health* 2013, 23(5):772–776.
- 208) Adams JM, White M. Biological ageing: A fundamental, biological link between socio-economic status and health?. *Eur J Public Health* 2004, 14(3):331–334.
- 209) Johansson SE, Midlöv P, Sundquist J, et al. Longitudinal trends in good self-rated health: effects of age and birth cohort in a 25-year follow-up study in Sweden. *Int J Public Health* 2015, 60(3):363–373.
- 210) McDonough P, Walters V. Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med* 2001, 52(4):547–559.
- 211) Turner JR, Avison WR. Gender and depression: Assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population. *J Nerv Ment Dis* 1989, 177(8):443–455.
- 212) Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* 2011, 32:381–398.
- 213) Cutler DM, Lleras-Muney A, Vogl T. Socioeconomic status and health: Dimensions and mechanisms. NBER Working Papers 14333. National Bureau of Economic Research, Cambridge, 2008. <http://www.nber.org/papers/w14333.pdf>. Accessed: 11/09/2020.
- 214) Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The social determinants of chronic disease. *Am J Prev Med* 2017, 52(1 Suppl 1): S5–S12.
- 215) Joung IM, Van De Mheen HD, Stronks K, et al. A longitudinal study of health selection in marital transitions. *Soc Sci Med* 1998; 46(3):425–435.
- 216) Manfredini R, Cappadona R, De Giorgi A, et al. To marry or not. *Am J Cardiol* 2019, 123(7):1185.

- 217) Gil J. Is marriage protecting your health in recession times?. UB Economics Working Papers 2016/343. University of Barcelona, Barcelona, 2016. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2791387>.
- 218) Smolic S. The determinants of health among the population aged 50 and over: evidence from Croatia. *Public Sector Economics* 2017, 41(1):85-108. <https://doi.org/10.3326/pse.41.1.9>.
- 219) Darviri C, Fouka G, Gnardellis C, et al. Determinants of self-rated health in a representative sample of a rural population: a cross-sectional study in Greece. *Int J Environ Res Public Health* 2012, 9(3):943–954.
- 220) Idler EL. Perceptions of pain and perceptions of health. *Motiv Emot* 1993, 17(3):205–224.
- 221) Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain –a gender perspective. *Eur J Pain* 2004, 8(5):435–450. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.01.005.
- 222) Duboz P, Boëtsch G, Gueye L, et al. Self-rated health in Senegal: A comparison between urban and rural areas. *PLoS One* 2017, 12(9):e0184416.
- 223) Ergin I, Kunst AE. Regional inequalities in self-rated health and disability in younger and older generations in Turkey: the contribution of wealth and education. *BMC Public Health* 2015, 15:987.
- 224) Chen H, Liu Y, Zhu Z, et al. Does where you live matter to your health? Investigating factors that influence the self-rated health of urban and rural Chinese residents: evidence drawn from Chinese General Social Survey data. *Health Qual Life Outcomes* 2017, 15(1):78.
- 225) Zahnd WE, James AS, Jenkins WD, et al. Rural-urban differences in cancer incidence and trends in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2018, 27(11):1265–1274.
- 226) Li Y, Zhang X, Sang H, et al. Urban-rural differences in risk factors for ischemic stroke in northern China. *Medicine (Baltimore)* 2019, 98(21):e15782.
- 227) Bergman Marković B, Vrdoljak D, Kranjčević K, et al. Continental-Mediterranean and rural-urban differences in cardiovascular risk factors in Croatian population. *Croat Med J* 2011, 52(4):566–575.
- 228) Ruhm CJ. Recessions, healthy no more?. *J Health Econ* 2015, 42:17–28.
- 229) Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ* 2016, 354:i4588.

- 230) Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, San Sebastián M, et al. Withstanding austerity: Equity in health services utilisation in the first stage of the economic recession in Southern Spain. *PLoS One* 2018, 13(3):e0195293.
- 231) Lostao L, Geyer S, Albaladejo R, et al. Socioeconomic position and health services use in Germany and Spain during the Great Recession. *PLoS One* 2017, 12(8):e0183325.
- 232) Wang Y, Fattore G. The impact of the great economic crisis on mental health care in Italy. *Eur J Health Econ* 2020, 21(8):1259–1272.
- 233) Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health* 2016, 15(1):140.
- 234) Khemchand AK, Singh K, Kaman L, et al. Safety, cost effectiveness and experience of day care laparoscopic cholecystectomy: a report from a tertiary care center. *Int Surg J* 2020, 7(11):3670–3673.
- 235) Zhuang M, Cao J, Cui M, et al. Evaluation of day care versus inpatient cataract surgery performed at a Jiangsu public Tertiary A hospital. *BMC Ophthalmol* 2018, 18(1):134.
- 236) Jimenez-Subirats I, Vargas I, Sanz B, et al. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health* 2014, 11(10):10182–201.
- 237) Chu CL, Chu YH, Lin CY, et al. Inequality in outpatient resource utilization among older adults during the 2007-2008 financial crisis: findings from Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2019, 19(1):621.
- 238) Petrou P. The Ariadne's thread in co-payment, primary health care usage and financial crisis: findings from Cyprus public health care sector. *Public Health* 2015, 129(11):1503–1509.
- 239) Petrou P. Financial crisis hangover in Cyprus: tracking the demand for utilization of mental health services. *Public Health* 2017, 142:4–6.
- 240) Petrou P. Failed attempts to reduce inappropriate laboratory utilization in an emergency department setting in Cyprus: lessons learned. *J Emerg Med* 2016, 50(3):510–517.
- 241) Kang SW, Xiang X. Physical activity and health services utilization and costs among U.S. adults. *Prev Med* 2017, 96:101–105.
- 242) Sari N. Physical inactivity and its impact on healthcare utilization. *Health Econ* 2009, 18(8):885–901.
- 243) Li C, Fan Y, Supakankunti S. The impact of cigarette smoking on healthcare utilization among rural residents in China. *J Subst Use* 2018, 23(6):626–633.

- 244) Kahende JW, Adhikari B, Maurice E, et al. Disparities in health care utilization by smoking status – NHANES 1999-2004. *Int J Environ Res Public Health* 2009, 6(3):1095–1106.
- 245) Wacker M, Holle R, Heinrich J, et al. The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. *BMC Health Serv Res* 2013, 13:278.
- 246) Wang Y, Sung HY, Yao T, et al. Health care utilization and expenditures attributable to cigar smoking among US adults, 2000-2015. *Public Health Rep* 2018, 133(3):329–337.
- 247) Lucifora C, Vigani D. Healthcare utilization at retirement: The role of the opportunity cost of time. *Health Econ* 2018, 27(12):2030–2050.
- 248) Thompson,AE, Anisimowicz Y, Miedema B, et al. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract* 2016, 17:38.
- 249) Golinowska S, Sowa A. Health and Morbidity in the Accession Countries Country Report – Poland. ENEPRI Research Report No. 29. European Network of Economic Policy Research Institutes, Brussels, 2006. <https://www.ceps.eu/download/publication/?id=5467&pdf=1415.pdf>. Accessed: 05/10/2020.
- 250) Nabalamba A, Millar WJ. Going to the doctor. *Health Rep* 2007, 18(1):23–35.
- 251) Pandey KR, Yang F, Cagney KA, et al. The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries. *Medicine (Baltimore)* 2019, 98(12):e14871.
- 252) Macassa G, Hiswåls AS, Ahmadi N, et al. Employment status and health care utilization in a context of economic recession: Results of a population based survey in East Central Sweden. *Sci J Public Health* 2014, 2(6):610–616.
- 253) Kouzis A, Eaton W. Absence of social networks, social support and health services utilization. *Psychol Med* 1998, 28(6):1301–1310.
- 254) Li J, Shi L, Liang H, et al. Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Serv Res* 2018, 18(1):102.
- 255) Beletsioti C, Niakas D. Health services utilization and its determinants in the context of recession: evidence from Greece. *J Public Health (Oxf)* 2020, doi: 10.1093/pubmed/fdaa200.
- 256) Oladipo JA. Utilization of health care services in rural and urban areas: a determinant factor in planning and managing health care delivery systems. *Afr Health Sci* 2014, 14(2):322–333. <https://doi.org/10.4314/ahs.v14i2.6>

- 257) Langthorne M, Bambra C. Health inequalities in the Great Depression: a case study of Stockton on Tees, North-East England in the 1930s. *J Public Health (Oxf)* 2020, 42(2):e126–e133.
- 258) Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, et al. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health (Oxf)* 2017, 39(1):26–33.
- 259) Winetrobe H, Rice E, Rhoades H, et al. Health insurance coverage and healthcare utilization among homeless young adults in Venice, CA. *J Public Health (Oxf)* 2016, 38(1):147–155.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για την PCS και την MCS

	PCS					MCS				
	B ^a	SE _B ^b	95% CI	β ^c	P ^d	B ^a	SE _B ^b	95% CI	β ^c	P ^d
Constant	57.137	0.728	(55.709, 58.565)		0.000	53.719	0.804	(52.143, 55.295)		0.000
Ηλικιακή ομάδα										
18-45	0.000*					0.000*				
46-64	-4.541	0.548	(-5.615, -3.468)	-0.183	0.000	-1.291	0.605	(-2.477, -0.106)	-0.056	0.033
65+	-11.501	0.807	(-13.083, -9.918)	-0.413	0.000	-4.007	0.891	(-5.754, -2.260)	-0.154	0.000
Φύλο										
Άνδρες	0.000*					0.000*				
Γυναίκες	-2.299	0.437	(-3.157, -1.441)	-0.102	0.000	-1.922	0.483	(-2.869, -0.975)	-0.091	0.000
Εκπαίδευση										
Τριτοβάθμια	0.000*					0.000*				
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	-1.466	0.488	(-2.422, -0.510)	-0.058	0.003	-1.341	0.538	(-2.397, -0.285)	-0.057	0.013
Οικογενειακή κατάσταση										
Άγαμος	1.733	0.575	(0.605, 2.862)	0.068	0.003	1.616	0.635	(0.370, 2.862)	0.068	0.011
Έγγαμος/σε συμβίωση	0.000*					0.000*				
Διαζευγμένος/Χήρος	-1.286	0.709	(-2.677, 0.105)	-0.037	0.070	-2.199	0.783	(-3.735, -0.663)	-0.067	0.005
Θέση στην απασχόληση										
Απασχολούμενος	0.000*					0.000*				
Άνεργος-Νοικοκυρά	-1.815	0.599	(-2.990, -0.641)	-0.064	0.002	-1.838	0.661	(-3.134, -0.541)	-0.070	0.005
Συνταξιούχος-Εισοδηματίας	-3.272	0.726	(-4.695, -1.848)	-0.125	0.000	-0.747	0.801	(-2.318, 0.825)	-0.030	0.352

Άλλο	0.978	0.891	(-0.771, 2.726)	0.023	0.273	1.321	0.984	(-0.609, 3.251)	0.033	0.180
Οικογενειακό εισόδημα										
Χαμηλό	-3.128	0.709	(-4.518, -1.738)	-0.125	0.000	-1.814	0.783	(-3.349, -0.279)	-0.077	0.021
Μεσαίο	-1.262	0.628	(-2.494, -0.030)	-0.055	0.045	-0.754	0.694	(-2.114, 0.607)	-0.035	0.277
Υψηλό	0.000*					0.000*				
Ελλείπουσες τιμές	-1.087	0.713	(-2.485, 0.310)	-0.038	0.127	-0.364	0.787	(-1.907, 1.179)	-0.014	0.644
Έτος έρευνας										
2003	0.000*					0.000*				
2016	1.116	0.407	(0.318, 1.914)	0.050	0.006	-2.784	0.449	(-3.665, -1.903)	-0.132	0.000
R² (adjusted R²)	0.367 (0.363)			0.121 (0.115)						

* υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς

^a μη τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης B, ^b τυπικό σφάλμα του B, ^c τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης β ^d παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας P-value

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων για τη διερεύνηση του επιπέδου υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (2009 και 2014)

	2009		2014	
	N	%	N	%
Ανεξάρτητες μεταβλητές				
Ηλικία (μέσος/ ΤΑ)	52,9/19,3		53,8/18,8	
15-45	2367	38,3	2966	36,1
46-64	1777	28,8	2558	31,1
65+	2028	32,9	2699	32,8
Φύλο				
Άνδρες	2412	39,1	3396	41,3
Γυναίκες	3760	60,9	4827	58,7
Εκπαίδευση				
Τριτοβάθμια	1180	19,1	1715	20,9
Δευτεροβάθμια ή λιγότερο	4992	80,9	6508	79,1
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	1278	20,7	1755	21,3
Έγγαμος/σε συμβίωση	3710	60,1	4777	58,1
Διαζευγμένος/Χήρος	1184	19,2	1691	20,6
Θέση στην απασχόληση				
Απασχολούμενος	2348	38,0	2655	32,3
Άνεργος	318	5,2	993	12,1
Συνταξιούχος	1955	31,7	2808	34,1
Άλλο	1551	25,1	1767	21,5
Περιοχή διαμονής του νοικοκυριού/ατόμου με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού				
Πυκνοκατοικημένη	2626	42,5	3259	39,6
Μέσης πυκνότητας	715	11,6	2251	27,4
Αραιοκατοικημένη	2831	45,9	2713	33,0
Οικογενειακό εισόδημα (νοικοκυριού)				
Υψηλό (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	3185	51,6	4885	59,4
Χαμηλό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	2448	39,7	3338	40,6
Ελλείπουσες τιμές	539	8,7		
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (αριθμός ατόμων στα οποία μπορεί να βασιστεί)				
Επαρκής (≥ 3)	2719	44,1	2850	34,7
Φτωχή (0-2)	3405	55,2	5042	61,3
Ελλείπουσες τιμές	48	0,8	331	4,0
Παράγοντες που σχετίζονται με την υγειονομική ανάγκη				
Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας				
Πολύ κακό/κακό/μέτριο	2031	32,9	2521	30,7
Καλό/πολύ καλό	4140	67,1	5419	65,9
Ελλείπουσες τιμές	1	0,0	283	3,4
Χρόνια προβλήματα υγείας				
Όχι	3095	50,1	3912	47,6
Ναι	3077	49,9	4311	52,4
Αριθμός χρόνιων νοσημάτων				
0	3095	50,1	3912	47,6
1	1475	23,9	1884	22,9
2	851	13,8	1142	13,9
3	403	6,5	577	7,0
4+	348	5,6	708	8,6
Πόνος τις τελευταίες 4 εβδομάδες				
Καθόλου/ήπιος/μέτριος	5449	88,3	7081	86,1
Έντονος/υπερβολικός	720	11,7	857	10,4
Ελλείπουσες τιμές	3	0,0	285	3,5

ΔΜΣ (μέσος/ ΤΑ)	26,3/4,7		26,2/4,5	
≤ 18,49	92	1,5	136	1,7
18,50-24,99	2410	39,0	3124	38,0
25-29,99	2309	37,4	3115	37,9
≥ 30	1119	18,1	1353	16,4
Ελλείπουσες τιμές	242	3,9	495	6,0
Περπάτημα				
≥ 30min ημερησίως	2167	35,1	2554	31,1
< 30 min ημερησίως	4005	64,9	5624	68,4
Ελλείπουσες τιμές			45	0,5
Κατανάλωση φρούτων				
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	4554	73,8	5827	70,9
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1617	26,2	2105	25,6
Ελλείπουσες τιμές	1	0,0	291	3,5
Κατανάλωση λαχανικών				
Υψηλή (≥ 4 φορές εβδομαδιαίως)	4866	78,9	6519	79,3
Χαμηλή (≤3 φορές εβδομαδιαίως)	1305	21,1	1408	17,1
Ελλείπουσες τιμές	1	0,0	296	3,6
Κάπνισμα				
Όχι	4073	66,0	5730	69,7
Περιστασιακά	372	6,0	395	4,8
Καθημερινά	1727	28,0	2065	25,1
Ελλείπουσες τιμές			33	0,4
Εξαρτημένες μεταβλητές				
Αριθμός διανυκτερεύσεων στο νοσοκομείο το τελευταίο δωδεκάμηνο (μέσος/διάμεσος, ΤΑ/ΕΤΕ)	1,1/0,0	6,3/ 0,0-0,0	0,8/0,0	5,5/ 0,0-0,0
Εισαγωγή σε νοσοκομείο με διανυκτέρευση το τελευταίο δωδεκάμηνο				
Ναι	697	11,3	880	10,7
Όχι	5466	88,6	7319	89,0
Ελλείπουσες τιμές	9	0,1	24	0,3
Αριθμός ημερών εισαγωγής στο νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο (μέσος/διάμεσος, ΤΑ/ΕΤΕ)	0,6/0,0	5,7/0,0-0,0	0,4	2,5/0,0-0,0
Εισαγωγή σε νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο				
Ναι	729	11,9	1185	14,4
Όχι	5440	88,1	6996	85,1
Ελλείπουσες τιμές	3	0,0	42	0,5
Αριθμός επισκέψεων σε γενικό ιατρό ή παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες (μέσος/διάμεσος, ΤΑ/ΕΤΕ)	0,5/0,0	1,5/ 0,0-1,0	0,4/0,0	0,9/ 0,0-1,0
Επισκέψεις σε γενικό ιατρό ή παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες				
Ναι	1874	30,3	2368	29,2
Όχι	4282	69,4	5754	70,8
Ελλείπουσες τιμές	16	0,3	101	1,2
Αριθμός επισκέψεων σε χειρουργό ή ιατρό άλλης ειδικότητας πέραν της γενικής ιατρικής και της παθολογίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες (μέσος/διάμεσος, ΤΑ/ΕΤΕ)	0,4/0,0	1,2/ 0,0-0,0	0,3/0,0	0,7/ 0,0-0,0
Επίσκεψη σε χειρουργό ή ιατρό άλλης ειδικότητας πέραν της γενικής ιατρικής και της παθολογίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες				
Ναι	1350	21,9	1559	18,9
Όχι	4805	77,8	6609	80,4
Ελλείπουσες τιμές	17	0,3	55	0,7

Πίνακας 3. Σύγκριση των συμμετεχόντων των δύο εθνικών ερευνών ως προς τις μελετώμενες εξαρτημένες μεταβλητές της κατάστασης υγείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

		% των συμμετεχόντων του 2009	% των συμμετεχόντων του 2014	Pearson chi- square test (χ^2)	Phi	Cramer's V
Αυτο-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας	Πολύ κακό/κακό/μέτ ριο	32.9	31.8	$\chi^2(1)=2.143,$ p=0.143	-0.012	0.012
	Καλό/πολύ καλό	67.1	68.2			
Χρόνια προβλήματα υγείας	Όχι	50,1	47,6	$\chi^2(1)=83.476,$ p=0.000	0.076	0.076
	Ναι	49,9	52,4			
Αριθμός χρονίων νοσημάτων	0	50.1	47.6	$\chi^2(4)=49.959,$ p=0.000	0.059	0.059
	1	23.9	22.9			
	2	13.8	13.9			
	3	6.5	7.0			
	4+	5.6	8.6			
Επισκέψεις σε γενικό ιατρό ή παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες	Όχι	69.6	70.8	$\chi^2(1)=2.775,$ p=0.096	-0.014	0.014
	Ναι	30.4	29.2			

Επίσκεψη σε ιατρό άλλης ειδικότητας πέραν της γενικής ιατρικής και της παθολογίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες	Όχι	78.1	80.9	$\chi^2(1)=17.574,$ $p=0.000$	-0.035	0.035
	Ναι	21.9	19.1			
Εισαγωγή σε νοσοκομείο με διανυκτέρευση το τελευταίο δωδεκάμηνο	Όχι	88.7	89.3	$\chi^2(1)=1.196,$ $p=0.274$	-0.009	0.009
	Ναι	11.3	10.7			
Εισαγωγή σε νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας το τελευταίο δωδεκάμηνο	Όχι	88.2	85.5	$\chi^2(1)=21.652,$ $p=0.000$	0.039	0.039
	Ναι	11.8	14.5			

Πίνακας 4. Ad hoc χ^2 τεστ ανά ζεύγη για τη σύγκριση των δύο ερευνών ως προς τα ποσοστά των συμμετεχόντων ανά κατηγορία της μεταβλητής «αριθμός χρονίων νοσημάτων»

	% των συμμετεχόντων του 2009	% των συμμετεχόντων του 2014	Pearson chi-square test (χ^2)	Phi	Cramer's V
Αριθμός χρονίων νοσημάτων					
0	50.1	47.6	$\chi^2(1)=9.335,$ p=0.002	-0.025	0.025
1	23.9	22.9	$\chi^2(1)=1.920,$ p=0.166	-0.012	0.012
2	13.8	13.9	$\chi^2(1)=0.029,$ p=0.864	0.001	0.001
3	6.5	7.0	$\chi^2(1)=1.320,$ p=0.251	0.010	0.010
4+	5.6	8.6	$\chi^2(1)=45.800,$ p=0.000	0.056	0.056

Πίνακας 5. Συγκρίσεις των επιμέρους υποομάδων των δύο ερευνών ως προς τις μελετώμενες εξαρτημένες μεταβλητές

	Κακή/ πολύ κακή SRH		Με χρόνο νόσημα		Επίσκεψη σε γενικό ιατρό ή παθολόγο		Επίσκεψη σε «ειδικό» ιατρό		Νοσηλεία με διανυκτέ- ρευση		Νοσηλεία ημέρας	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	p-value (χ^2)		p-value (χ^2)		p-value (χ^2)		p-value (χ^2)		p-value (χ^2)		p-value (χ^2)	
15-45 ετών	7.6	7.1	17.4	26.6	17.3	17.2	16.9	15.6	6.3	6.1	9.4	11.6
	p=0.422		p=0.000		p=0.916		p=0.218		p=0.825		p=0.009	
46-64 ετών	31.0	26.6	52.5	56.6	32.0	27.1	21.4	18.4	9.9	9.0	11.1	13.0
	p=0.002		p=0.007		p=0.000		p=0.013		p=0.318		p=0.057	
≥ 65 ετών	64.1	63.4	80.4	87.3	44.4	44.4	28.3	23.6	18.5	17.5	15.3	19.1
	p=0.620		p=0.000		p=0.970		p=0.000		p=0.387		p=0.001	
Άνδρες	23.7	26.3	38.8	49.9	27.0	25.1	18.3	15.0	10.8	11.4	10.8	13.7
	p=0.025		p=0.000		p=0.119		p=0.001		p=0.496		p=0.001	
Γυναίκες	38.8	35.5	54.2	60.1	32.7	32.0	24.3	22.0	11.6	10.3	12.5	15.1
	p=0.002		p=0.000		p=0.497		p=0.011		p=0.045		p=0.001	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	12.9	10.6	30.3	37.3	24.8	24.1	21.4	18.4	7.0	7.3	8.3	11.3
	p=0.063		p=0.000		p=0.673		p=0.050		p=0.788		p=0.008	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή λιγότερο	37.6	37.3	52.4	60.7	31.8	30.5	22.1	19.3	12.3	11.6	12.6	15.3
	p=0.725		p=0.000		p=0.140		p=0.000		p=0.265		p=0.000	
Άγαμος	11.0	11.6	20.5	29.0	19.5	17.9	14.9	13.9	6.6	6.6	9.9	11.5
	p=0.641		p=0.000		p=0.270		p=0.423		p=0.975		p=0.179	
Έγγαμος/σε συμβίωση	31.8	29.2	49.5	57.3	30.7	29.7	23.1	20.1	11.1	10.4	11.7	14.7
	p=0.010		p=0.000		p=0.298		p=0.001		p=0.361		p=0.000	
Διαζευγμένος/Χήρος	59.9	59.0	73.8	79.5	41.4	39.4	25.7	21.8	17.2	15.9	14.2	17.0
	p=0.625		p=0.000		p=0.286		p=0.015		p=0.371		p=0.045	
Απασχολούμενος	11.8	8.9	25.1	33.9	21.1	19.1	16.2	14.7	7.5	6.1	8.0	10.5
	p=0.001		p=0.000		p=0.081		p=0.159		p=0.050		p=0.002	
Άνεργος	14.5	18.6	25.8	37.0	19.2	19.5	21.4	16.9	8.5	7.6	12.9	12.2
	p=0.094		p=0.000		p=0.897		p=0.072		p=0.597		p=0.743	
Συνταξιούχος	58.8	56.1	76.6	83.0	43.0	42.2	28.1	22.4	17.5	15.7	14.5	18.2
	p=0.063		p=0.000		p=0.601		p=0.000		p=0.119		p=0.001	
Άλλη θέση στην απασχόληση	36.0	34.5	51.8	56.3	31.1	29.0	22.9	21.5	10.0	11.6	14.0	15.8
	p=0.348		p=0.009		p=0.210		p=0.336		p=0.145		p=0.146	

Πυκνοκατοικημένη περιοχή διαμονής	28.8	27.4	43.2	53.1	28.5	29.9	23.9	21.7	10.8	10.3	12.4	14.3
	p=0.233		p=0.000		p=0.246		p=0.046		p=0.492		p=0.034	
Μέσης πυκνότητας περιοχή διαμονής	29.4	26.6	47.2	51.8	28.8	26.1	27.9	17.8	11.2	9.6	13.8	13.5
	p=0.149		p=0.031		p=0.164		p=0.000		p=0.228		p=0.839	
Αραιοκατοικημένη περιοχή διαμονής	37.6	41.2	53.0	63.7	32.7	30.9	18.6	17.0	11.8	12.2	10.7	15.5
	p=0.007		p=0.000		p=0.142		p=0.127		p=0.641		p=0.000	
Υψηλό οικογενειακό εισόδημα (3 ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	24.6	30.7	42.2	56.8	28.9	30.4	23.1	19.6	9.4	10.3	10.5	14.5
	p=0.000		p=0.000		p=0.149		p=0.000		p=0.174		p=0.000	
Χαμηλό οικογενειακό (2 κατώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια)	45.6	33.3	57.8	54.5	34.3	27.3	21.9	18.3	14.1	11.4	13.2	14.4
	p=0.000		p=0.012		p=0.000		p=0.001		p=0.003		p=0.179	
≥3 άτομα στα οποία μπορεί να βασιστεί ο συμμετέχων	26.9	26.2	44.2	52.0	28.3	29.1	21.6	20.8	9.9	10.5	11.4	14.6
	p=0.559		p=0.000		p=0.535		p=0.461		p=0.514		p=0.000	
0-2 άτομα στα οποία μπορεί να βασιστεί ο συμμετέχων	37.5	34.7	51.2	57.7	32.1	29.6	22.3	18.1	12.5	10.8	12.0	14.4
	p=0.009		p=0.000		p=0.017		p=0.000		p=0.020		p=0.001	
Πολύ κακό/κακό/μέτριο αυτο-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας			89.2	94.1	48.2	46.6	34.4	26.7	21.0	20.6	18.6	23.6
			p=0.000		p=0.286		p=0.000		p=0.755		p=0.000	
Καλό/πολύ καλό αυτο-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας			28.0	37.8	21.7	21.4	15.8	15.5	6.6	6.1	8.5	10.2
			p=0.000		p=0.735		p=0.649		p=0.345		p=0.004	
Χωρίς χρόνια προβλήματα υγείας	10.1	9.4			18.1	17.7	14.4	14.1	6.7	6.2	7.9	9.2
	p=0.335				p=0.623		p=0.790		p=0.425		p=0.054	
Με 1 χρόνιο πρόβλημα υγείας	35.8	31.5			34.3	31.8	24.3	19.5	12.2	10.8	13.1	14.7
	p=0.010				p=0.125		p=0.001		p=0.197		p=0.188	
Με 2 χρόνια προβλήματα υγείας	64.5	53.1			45.1	39.5	28.8	23.8	16.1	13.0	15.3	18.6
	p=0.000				p=0.012		p=0.012		p=0.051		p=0.052	
Με 3 χρόνια προβλήματα υγείας	80.9	71.4			53.1	45.5	38.4	26.8	17.4	17.8	19.6	25.0
	p=0.001				p=0.019		p=0.000		p=0.862		p=0.048	
Με ≥4 χρόνια προβλήματα υγείας	90.8	88.1			61.3	55.8	43.2	31.4	30.2	26.5	23.9	28.4
	p=0.191				p=0.095		p=0.000		p=0.201		p=0.127	
Καθόλου/ήπιος/μέτριος πόνος	28.4	26.9	44.5	51.7	28.1	27.1	19.9	16.9	10.0	9.0	10.7	12.8
	p=0.061		p=0.000		p=0.245		p=0.000		p=0.058		p=0.000	

Έντονος/υπερβολικός πόνος	66.8	71.8	76.0	88.9	48.5	48.2	37.6	36.9	21.0	24.5	20.6	28.4
	p=0.033		p=0.000		p=0.905		p=0.798		p=0.099		p=0.000	
ΔΜΣ ≤ 18.49 kg/m ²	25.0	22.1	34.8	43.4	26.1	24.6	16.3	18.4	9.8	13.2	14.1	15.4
	p=0.606		p=0.193		p=0.804		p=0.686		p=0.429		p=0.785	
ΔΜΣ = 18.50-24.99 kg/m ²	23.6	23.1	36.1	44.1	24.9	26.7	19.8	19.1	10.0	9.1	11.2	14.0
	p=0.711		p=0.000		p=0.134		p=0.468		p=0.254		p=0.001	
ΔΜΣ = 25-29.99 kg/m ²	35.6	33.4	52.6	59.8	32.6	29.0	22.6	18.2	11.2	10.7	12.4	13.8
	p=0.088		p=0.000		p=0.005		p=0.000		p=0.568		p=0.125	
ΔΜΣ ≥ 30 kg/m ²	46.3	45.3	64.4	73.3	37.4	35.6	26.0	21.4	13.9	13.3	12.7	15.5
	p=0.637		p=0.000		p=0.332		p=0.007		p=0.671		p=0.050	
Περπάτημα ≥ 30min ημερησίως	25.1	17.5	42.4	44.1	28.3	25.4	19.8	16.5	8.3	7.2	11.4	11.3
	p=0.000		p=0.233		p=0.029		p=0.003		p=0.148		p=0.886	
Περπάτημα < 30 min ημερησίως	37.1	38.5	51.3	61.2	31.6	30.8	23.1	20.3	12.9	12.4	12.0	15.9
	p=0.174		p=0.000		p=0.409		p=0.001		p=0.404		p=0.000	
Κατανάλωση φρούτων ≥ 4 φορές εβδομαδιαίως	33.1	31.5	49.6	57.0	30.9	30.8	22.1	19.6	11.4	10.3	11.5	14.6
	p=0.086		p=0.000		p=0.974		p=0.002		p=0.076		p=0.000	
Κατανάλωση φρούτων ≤ 3 φορές εβδομαδιαίως	32.5	32.5	44.2	52.4	29.3	25.4	21.4	17.3	11.0	11.7	12.8	14.0
	p=0.978		p=0.000		p=0.008		p=0.002		p=0.500		p=0.270	
Κατανάλωση λαχανικών ≥ 4 φορές εβδομαδιαίως	31.1	33.1	47.8	58.0	30.4	30.8	22.3	19.5	11.0	10.8	11.2	14.8
	p=0.021		p=0.000		p=0.643		p=0.000		p=0.814		p=0.000	
Κατανάλωση λαχανικών ≤ 3 φορές εβδομαδιαίως	39.6	25.3	49.5	45.3	30.8	23.0	20.4	17.0	12.5	10.1	13.9	12.6
	p=0.000		p=0.032		p=0.000		p=0.021		p=0.047		p=0.311	
Μη καπνιστές	38.4	36.2	53.9	60.3	32.6	32.3	23.0	19.9	12.3	11.7	11.9	15.2
	p=0.021		p=0.000		p=0.779		p=0.000		p=0.446		p=0.000	
Περιστασιακοί καπνιστές	24.5	18.8	40.3	45.1	28.3	24.8	22.0	18.9	9.7	8.6	15.1	15.7
	p=0.061		p=0.185		p=0.276		p=0.278		p=0.607		p=0.805	
Καπνιστές σε καθημερινή βάση	21.7	22.1	36.3	45.9	25.9	21.7	19.4	17.1	9.4	8.5	10.9	12.4
	p=0.736		p=0.000		p=0.002		p=0.069		p=0.315		p=0.176	